FACULTE DE MEDECINE
BROUSSAIS HOTEL-DIEU
UNIVERSITE PARIS VI

ANNEE 1971 1972

THESE

Nº 16

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Patrice TRAN-BA-HUY

Né le 17 juin 1944 à PARIS

Interne des Hôpitaux de PARIS

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : 1972

EPITHELIOMA DE LA COMMISSURE INTER-MAXILLAIRE
BILAN DE 85 CAS EXAMINES A L'INSTITUT GUSTAVE ROUSSY
ETUDE ANATOMO-CLINIQUE
PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES

Président : M. P. PIALOUX, Professeur

EDITIONS MEDICALES Em ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

FACULTE DE MEDECINE
BROUSSAIS HOTEL-DIEU
UNIVERSITE PARIS VI

ANNEE 1971

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Patrice TRAN-BA-HUY

Né le 17 juin 1944 à PARIS

Interne des Hôpitaux de PARIS

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . . . .

EPITHELIOMA DE LA COMMISSURE INTER-MAXILLAIRE
BILAN DE 85 CAS EXAMINES A L'INSTITUT GUSTAVE ROUSSY
ETUDE ANATOMO-CLINIQUE
PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES

Président : M. P. PIALOUX, Professeur

EDITIONS MEDICALES EM ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Mon Père

En témoignage d'admiration pour sa vie.

À Mon Père

En témoignage d'admiration pour sa vie.

A Mon Maître et Président de thèse
Monsieur le Professeur P. PIALOUX
Professeur de clinique Oto-rhino-laryngologique
de la faculté de Médecine de Paris.

Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse et de m'accueillir dans son service, où j'effectue un semestre particulièrement fructueux et enrichissant.
Qu'il soit assuré de ma respectueuse reconnaissance.

A Mon Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur P. PIAUGUX

Professeur de clinique Oto-rhino-laryngologique

de la Faculté de Médecine de Paris.

Qui m'a fait le très grand honneur

d'accepter la présidence de cette

thèse et de m'accueillir dans son

service, où j'effectue un semestre

particulièrement fructueux et enrichis-

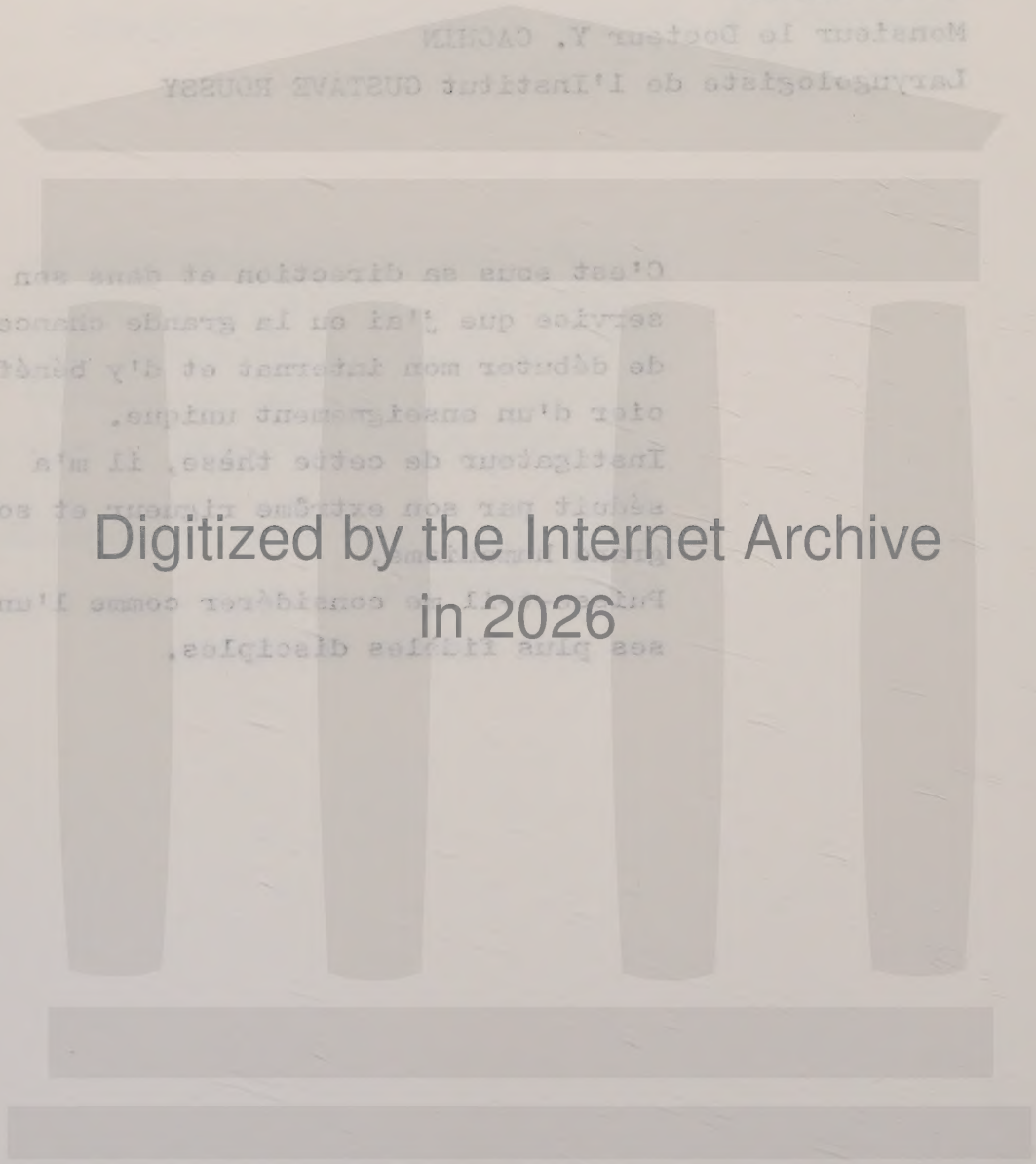
sant.

Qu'il soit assuré de ma respectueuse

reconnaissance.

A Mon Maître
Monsieur le Docteur Y. CACHIN
Laryngologiste de l'Institut GUSTAVE ROUSSY

C'est sous sa direction et dans son service que j'ai eu la grande chance de débuter mon internat et d'y bénéficier d'un enseignement unique.
Instigateur de cette thèse, il m'a séduit par son extrême rigueur et son grand humanisme,
Puisse-t-il me considérer comme l'un de ses plus fidèles disciples.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548027_0006

A Mon Maître
Monsieur le Docteur J. LEROUX ROBERT
Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris.

Six mois dans son service m'ont permis de bénéficier de sa grande expérience. Qu'il trouve ici, la marque de ma reconnaissance.

Qu'il me permette de lui associer
Monsieur P. ROULLEAU
Maître de Conférences Agrégé de la Faculté
de Médecine de Paris.

Au Docteur J. BOUCHE
Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris

Chez qui je terminerai mon internat.
Qu'il trouve dans ce travail la marque
de mon respect et de mon attachement,
pour la prestigieuse image qu'il
représente de l'Oto-rhino-laryngologie.

Qu'il me permette de lui associer
le Docteur C. FRECHE
Maitre de Conférences Agrégé à la
Faculté de médecine de Paris

Dont le souci pédagogique et l'élégance
chirurgicale m'ont conquis à la
spécialité.

A Monsieur le Docteur J.M. RICHARD

Qui m'a fait largement bénéficier de ses connaissances en carcinologie. Qu'il trouve ici, l'expression de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur C. VANDENBROUCK

Qui a guidé avec tant de bienveillance mes premiers pas en chirurgie cervico-faciale.

A Monsieur le Docteur J. BRUGERE

Pour sa maitrise chirurgicale et la qualité des conseils qu'il n'a cessé de me prodiguer à mes débuts.

A tout le service d'Oto-rhino-laryngologie de l'institut GUSTAVE ROUSSY.

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION

II - RAPPEL ANATOMIQUE

III - MATERIEL D'ETUDE

IV - FACTEURS ETIOLOGIQUES

V - CLINIQUE

1) - Les circonstances de découverte
2) - L'examen clinique
3) - Les examens complémentaires
4) - La classification T.N.M.

VI - PROTOCOLE DE TRAITEMENT

1) - Traitement de la tumeur
   A. Radiothérapie seule
   B. Chirurgie associée ou non à la Radiothérapie.
2) - Traitement des aires ganglionnaires.

VII - ETUDE DE LA SURVIE

1) - Bilan de 71 cas - à 3 et 5 ans
2) - Bilan de 40 cas traités complètement
   a. Résultats globaux
      - à 3 ans
      - à 5 ans

b. Résultats détaillés en fonction du type de traitement.
Résultats vis à vis de la tumeur.
Résultats vis à vis des aires ganglionnaires.

VIII - CONFRONTATIONS HISTO-PATHOLOGIQUES ET CLINIQUES DES GANGLIONS

IX - LES RECIDIVES

X - LA CHIRURGIE DE RATTRAPAGE

XI - LES METASTASES

XII - LES AUTOPSIES

XIII - LES CANCERS MULTIPLES

XIV - CONCLUSIONS

oOo

INTRODUCTION

Les épithéliomas de la commissure inter maxillaire représentent une localisation particulière des cancers de la muqueuse buccale.

Ils méritent leur individualité tant par une situation anatomique singulière en une zone "charnière" dont la complexité justifiera un rappel anatomique détaillé, que par un pronostic sévère dont la réputation n'avait d'égale que la discordance des différentes statistiques fournies à son égard et la diversité des traitements qui lui étaient opposés.

En effet, cette entité pathologique bien particulière ne semble guère avoir beaucoup intéressé les carcinologues. Seuls BARBOSA, en 1959, R. MORAND dans sa thèse et J. LEROUX-ROBERT en 1964, se sont penchés sur ce problème.

C'est la raison pour laquelle nous nous proposons ici de dresser un bilan d'une telle localisation et d'envisager à la lumière des 85 observations de l'institut GUSTAVE ROUSSY, certaines considérations thérapeutiques susceptibles d'améliorer le pronostic de cette affection.

oOo

RAPPEL ANATOMIQUE

La Commissure inter-maxillaire ou région rétro-molaire est constituée par la muqueuse de revêtement du bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur. Elle représente avec les dernières molaires, la zone de passage entre le fond du vestibule de la bouche et la cavité buccale proprement dite.

Ses dispositions sont variables selon que l'on examine la région mâchoires serrées ou largement écartées.

1) Lorsque les mâchoires sont rapprochées

Le doigt palpe :

- une saillie verticale dure et tranchante représentant le bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur.

- en dehors de cette arête, c'est le fond du vestibule buccal. Cette zone est dépressible au doigt qui sent le bord antérieur et une partie de la face interne du masseter faire saillie dans la cavité vestibulaire lorsque le muscle se contracte,

- en dedans, une fente sépare la branche montante du maxillaire inférieur de l'arcade alvéolo-dentaire supérieure. Au fond de cette fente, le doigt palpe le relief du bord antérieur du muscle ptérygoïdien interne.

2) Lorsque la bouche est largement ouverte (Figure A-B)

Le doigt palpe en dedans de la saillie de la branche montante du maxillaire inférieur un pli vertical tendu entre les dernières molaires supérieure et inférieure. C'est le pli ptérygo-maxillaire, dur et résistant formé par la muqueuse que soulève le ligament ptérygo-maxillaire. Cette saillie est encore accrue par une trainée de glandes qui se rattachent en arrière à celles du pilier antérieur : c'est la commissure inter-maxillaire proprement dite.

En dehors de cette commissure inter-maxillaire proprement dite, existe une dépression plus ou moins accentuée, triangulaire, dont la base supérieure est dans le prolongement de l'arcade dentaire supérieure. Le sommet inférieur se perd en dehors de la dernière molaire inférieure et les côtés sont formés par le ligament ptérygo-maxillaire en dedans et le bord antérieur de la branche montante en dehors = c'est le Trigone rétromolaire ou zone rétromolaire proprement dit.

Anatomiquement parlant, il existe donc une différence entre commissure inter-maxillaire et zone rétromolaire. Nous verrons cependant plus loin que la définition clinique carcinologique utilisée à l'institut Gustave ROUSSY ne tient pas compte de ces nuances anatomiques pour adopter une définition sensiblement différente et plus clinique.

Pour la clarté de ce chapitre anatomique, et avant que d'utiliser pour l'étude du bilan clinique la définition carcinologique de l'Institut Gustave ROUSSY, nous utiliserons dans les pages qui suivent le terme de commissure inter-maxillaire (ou C.I.M.) par extension, en entendant sous ce terme le Trigone rétro-molaire.

Quoi qu'il en soit, la C.I.M. est donc située :

- en arrière des arcades dentaires supérieure et inférieure,
- en dedans des gouttières vestibulaires supérieure et inférieure.

Celles-ci représentent la zone sur laquelle la muqueuse de la face interne des joues se réfléchit sur les arcades alvéolo-dentaires.

- en dehors et en avant du pilier antérieur du voile du palais.
- au-dessus du plancher de la bouche,
- au-dessous de la tubérosité du maxillaire supérieur.

Les coupes A, B et C visualisent la C.I.M. telle qu'elle apparaît d'abord à l'ouverture de la bouche puis, après préparation anatomique de la région.

La coupe transversale D passant par le plan de la C.I.M. permet d'étudier les différents plans anatomiques qui se présentent d'avant en arrière. Cette coupe permet encore une étude des voies d'extension néoplasique.

oOo

RAPPORTS POSTERIEURS

Plusieurs plans peuvent être individualisés (Figure D.).

A - Le premier plan est représenté par la muqueuse buccale.

La muqueuse de type buccal qui recouvre la C.I.M. représente, comme nous l'avons déjà dit, la zone de passage entre la face interne de joue et la cavité buccale proprement dite,

Tapissant la face profonde du buccinateur à laquelle elle adhère de façon intime par un tissu conjonctif sous-muqueux très dense, cette muqueuse est fixée en haut à la tubérosité du maxillaire supérieur, et à l'extrémité postérieure du rebord gingival inférieur en bas. Elle est, en revanche, très mobile et élastique au niveau du Trigone rétro-molaire proprement dit.

Elle est en effet doublée à sa face profonde par une couche sous-choriale très lâche, qui contient :

- des glandes salivaires accessoires plus souvent muqueuses que séreuses,

- des formations lymphoïdes qui prennent un développement considérable dans cette région,

- des vaisseaux lymphatiques importants sur lesquels nous reviendrons.

B - Le deuxième plan est représenté par le buccinateur, le ligament ptérygo-maxillaire et, en dedans, le constricteur supérieur du pharynx.

1) - Le Buccinateur (Figure D.)

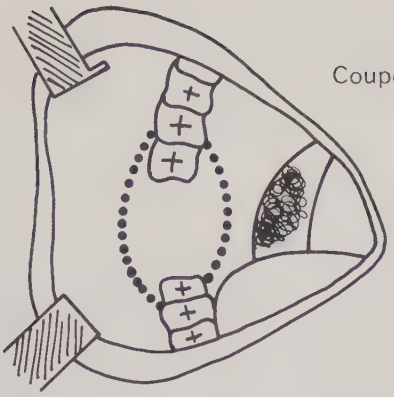
Le muscle buccinateur forme le fond de la commissure inter-maxillaire. Aplati, large, irrégulièrement quadrilatère, il s'étend du ligament ptérygo-maxillaire à la commissure labiale.

Ses attaches postérieures se font :
- au bord antérieur du ligament ptérygo-maxillaire,
- au bord alvéolaire des maxillaires supérieur et inférieur, le long des trois dernières molaires.

- L'insertion au bord alvéolaire du maxillaire inférieur se prolonge sur la crête buccinatrice oblique en bas et en dehors qui traverse la gouttière limitée par les deux lèvres du bord antérieur du maxillaire inférieur.

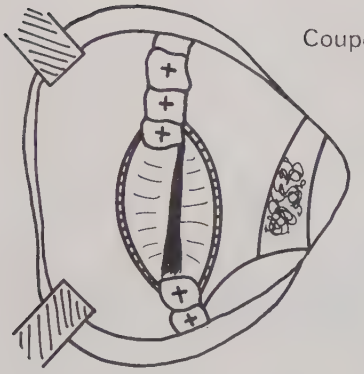
- De cette ligne d'insertion qui représente un U ouvert en avant, les fibres gagnent la commissure labiale, les supérieures un peu obliques en bas et en avant, les moyennes horizontalement, les inférieures obliquement en haut et en avant.

Coupe A



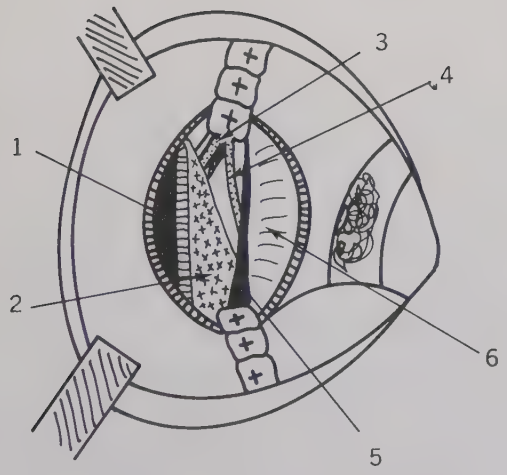
— Délimitation muqueuse de la région telle qu'elle apparaît bouche ouverte.

Coupe B



— Après ablation de la muqueuse, l'on aperçoit de gauche à droite : le buccinateur, le ligament ptérygo-maxillaire, le constricteur supérieur du pharynx.

Coupe C



— Après ablation et section du buccinateur et de la boule graisseuse de Bichat, l'on aperçoit de gauche à droite :

1 - la tranche de section du buccinateur

2 - le bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur

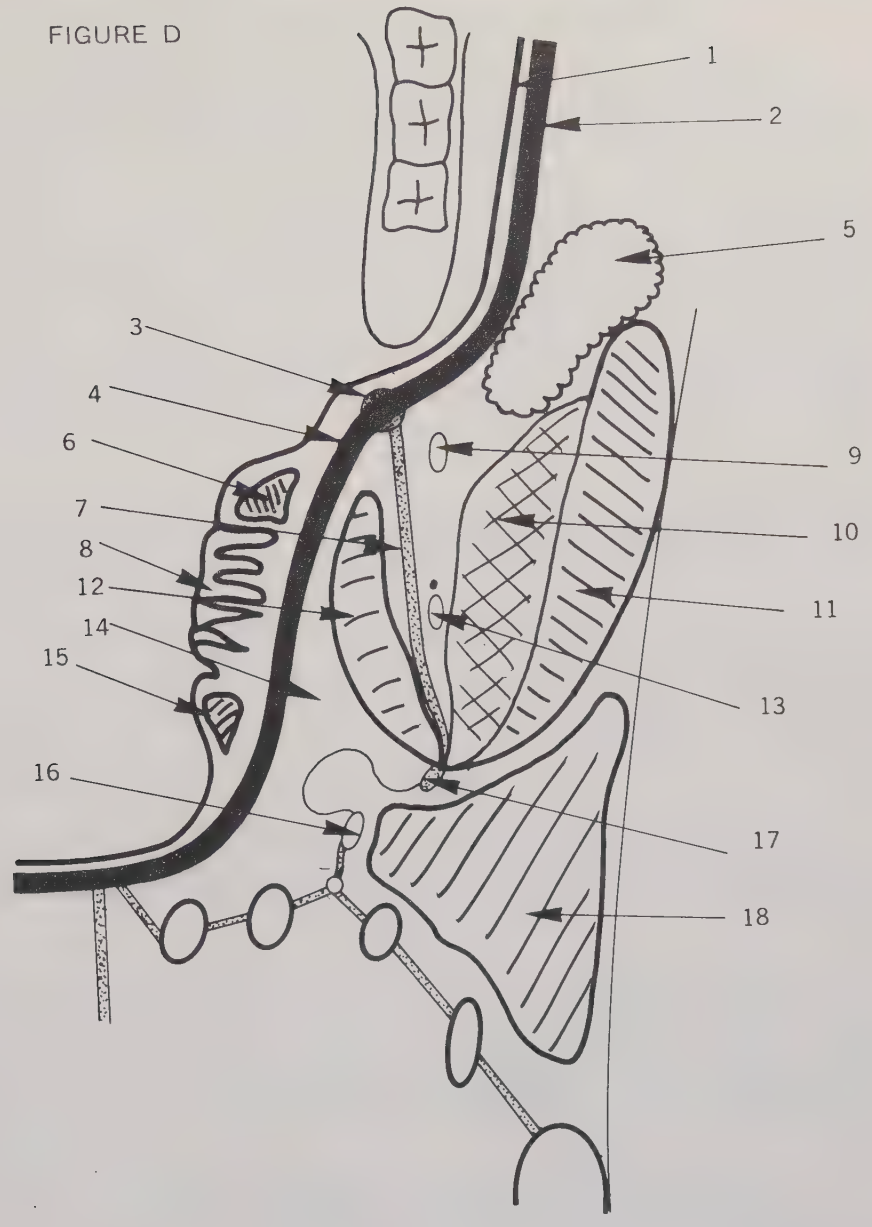
3 - le pédicule dentaire inférieur qui va pénétrer dans le canal dentaire inférieur.

4 - le nerf lingual

5 - le ligament ptérygo-maxillaire

6 - le constricteur supérieur du pharynx.

FIGURE D



1 - Muqueuse buccale
2 - Buccinateur
3 - Ligament ptérygo-maxillaire
4 - Constricteur supérieur du pharynx
5 - Boule graisseuse de Bichat
6 - Glosso-staphylin (pilier antérieur)
7 - Aponévrose interptérygoïdienne
8 - Amygdale
9 - Nerf lingual
10 - Branche montante - Maxillaire inférieur
11 - M. masséter
12 - Muscle ptérygoïdien interne
13 - Paquet dentaire inférieur
14 - Espace sous parotidien antérieur
15 - Pilier postérieur
16 - Ligament stylo-maxillaire
17 - Ligament sphéno-maxillaire
18 - Parotide

- Ces fibres s'insèrent à la face profonde de la peau de la commissure et du tiers externe des lèvres,

- le buccinateur est recouvert par l'aponévrose buccinatrice dense et fibreuse en arrière, mince et celluleuse en avant,

- son innervation est fournie par le VII dont les deux rameaux antérieurs (nés de la branche temporo-faciale) suivent le bord inférieur du canal de Sténon, innervent le buccinateur, et l'ordiculaire des lèvres et s'anastomosent avec le buccal.

2) - Le ligament ptérygo-maxillaire (Figures D et E)

Encore appelé aponovrose buccinato-pharyngienne, ce ligament doit être considéré comme une insertion tendineuse entre le buccinateur et le constricteur supérieur du pharynx qu'il reçoit sur son bord postérieur.

Il s'attache en dedans et en haut, au sommet et au bord inférieur du crochet de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde.

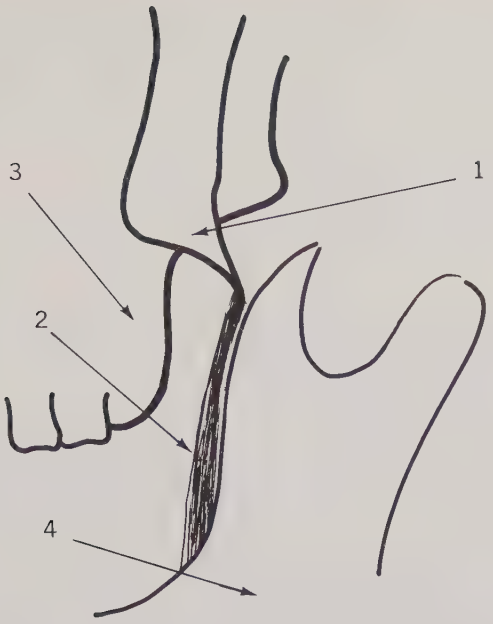
De là, le ligament se porte, en s'élargissant, en dehors, en bas et en avant, et se termine sur le côté interne du bord alvéolaire du maxillaire inférieur, en arrière de la dernière molaire.

C'est le ligament ptérygo-maxillaire qui :

- d'une part soulève le pli ptérygo-maxillaire et constitue la commissure inter maxillaire proprement dite,

- d'autre part, constitue la véritable limite interne du trigone rétro-molaire.

Ce ligament ptérygo-maxillaire donne attache, outre



1 - Aile interne - Apophyse ptérygoïde
2 - Ligament ptérygo-maxillaire
3 - Maxillaire supérieur
4 - Maxillaire inférieur

Figure E

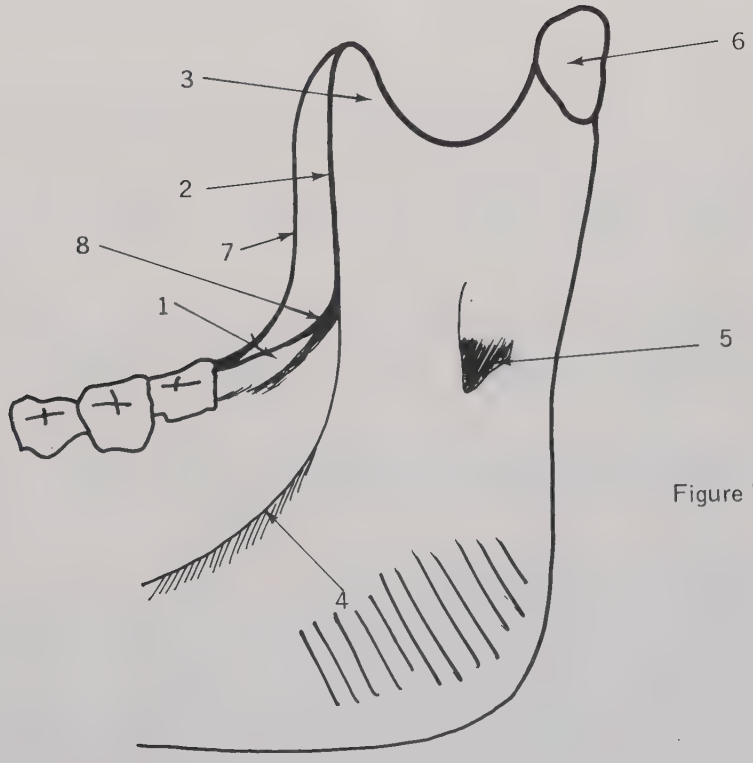


Figure F

1 - Crête buccinatrice
2 - Crête temporale
3 - Apophyse coronoïde
4 - Ligne mylohyoïdienne
5 - Orifice du canal dentaire
6 - Condyle
7 - Lèvre externe du bord antérieur
8 - Lèvre interne du bord antérieur

aux fibres du buccinateur à son bord antérieur et à celles du constricteur supérieur du pharynx sur son bord postérieur, aux aponévroses respectives de ces deux muscles, soit :

- l'aponévrose buccinatrice en avant,
- et l'aponévrose intra et péri-pharyngée en arrière.

3) - Le constricteur supérieur du pharynx (Figure D)

Son faisceau ptérygo-maxillaire qui s'insère sur le bord postérieur du ligament du même nom, en fait un rapport proche de la C.I.M. il est en fait situé en dedans de la C.I.M.

Ses fibres se portent par un trajet curviligne en arrière et en dedans et se terminent en s'entrecroisant sur la ligne médiane avec celles du côté opposé formant ainsi le raphé-médian postérieur du pharynx.

4) - La boule graisseuse de Bichat

Cette boule graisseuse est plaquée à la face profonde et externe du muscle buccinateur. Elle émet cependant des prolongements :

- en arrière entre la face interne de la branche montante et le plan pharyngo-buccinateur jusqu'au ptérygoïdien interne,

- en haut son prolongement entoure le tendon du temporal,

- en dehors elle peut contourner le bord antérieur du masséter.

Cette boule graisseuse n'est pas seulement un organe de remplissage mais aussi et surtout un organe de glissement, un coussinet élastique.

C - Derrière ce deuxième plan pharyngo-buccinateur, la C.I.M. répond :

- au bord antérieur de la branche montante,

- avec à sa face externe le masséter,

- et à sa face interne la région ptérygo-maxillaire contenant des éléments vasculo nerveux importants.

1) - Le bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur (Figure F.)

Ce bord antérieur constitue la limite externe de la C.I.M.

Il est compris entre deux crêtes, l'une interne, l'autre externe.

La lèvre interne limite en bas avec la lèvre externe une gouttière qui augmente de profondeur et de largeur de haut en bas. Son extrémité inférieure est en continuité plus ou moins directe avec la ligne oblique interne du corps du maxillaire. En haut, la lèvre interne monte sur la face interne de la branche montante et de l'apophyse coronoïde en formant un relief, la crête temporale.

On voit dans la gouttière que limitent en bas les deux lèvres du bord antérieur, une crête oblique en bas et en dehors, la crête buccinatrice. Elle donne insertion au buccinateur.

Le tendon terminal du muscle temporal se termine en effet sur toute la longueur du bord antérieur de l'apophyse coronoïde mais se prolonge aussi par deux faisceaux tendineux sur les deux lèvres de la gouttière antérieure de la branche montante, jusqu'au niveau de l'insertion du buccinateur sur le maxillaire inférieur.

Une bourse séreuse se développe souvent entre le bord antérieur du muscle et la masse adipeuse qui remplit le fond de la gouttière rétromolaire (Grynfellt et Peyron).

2 - Le masséter est situé à la face externe de la branche montante (Figure G)

- muscle court et épais, rectangulaire, allongé de haut en bas, le masséter est étendu de l'arcade zygomatique à la face externe de la branche montante du maxillaire inférieur. Il constitue un rapport postérieur de la C.I.M. par son bord antérieur.

Rappelons qu'il est constitué par trois faisceaux :

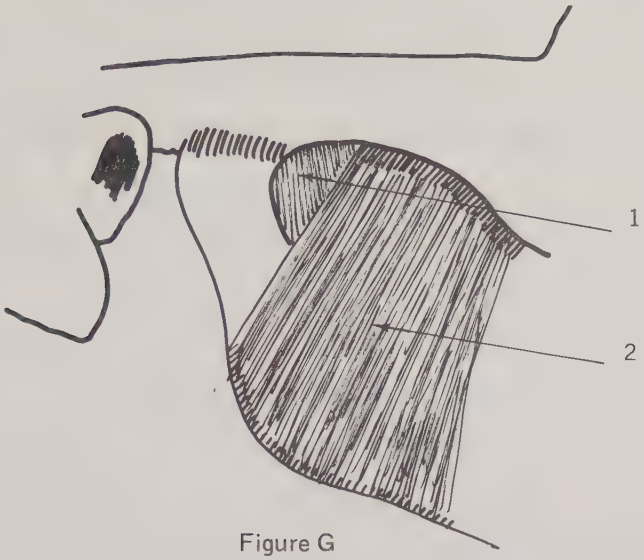
- un faisceau superficiel qui naît des 3/4 antérieurs du bord inférieur de l'arcade zygomatique et de la partie adjacente de la pyramide du maxillaire supérieure, descend oblique en bas et en arrière pour s'insérer sur l'angle, le bord inférieur et la partie inférieure de la face externe de la branche montante,

- un faisceau moyen, qui naît du bord inférieur de l'arcade zygomatique et descend vertical pour s'implanter sur la face externe de la branche montante du maxillaire au-dessus de l'insertion du faisceau superficiel,

- un faisceau profond, plus mince, qui naît de la face interne de l'arcade zygomatique et de la partie attenante de la face profonde de l'aponévrose temporale - il s'insère en bas, sur la face profonde de l'apophyse coronoïde immédiatement au-dessous des tendons du temporal,

- Il est innervé par la branche massétérine du nerf temporo-massétérin, branche du tronc terminal antérieur du nerf maxillaire inférieur,

- l'aponévrose massétérine recouvre le muscle masséter.



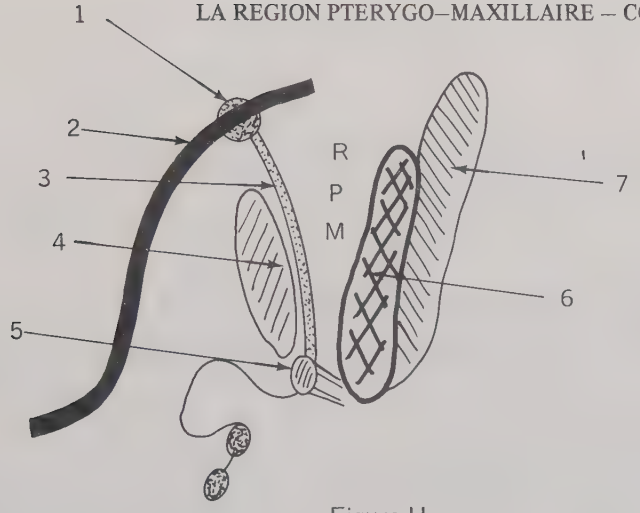
1 - Faisceau moyen du masseter

2 - Faisceau superficiel du masseter

Figure G

LE MASSETER

LA REGION PTERYGO–MAXILLAIRE – COUPE HORIZONTALE



1 - Ligament ptérygo-maxillaire

2 - Constricteur supérieur du pharynx

3 - Aponévrose interptérygoïdienne

4 - Muscle ptérygoïdien interne

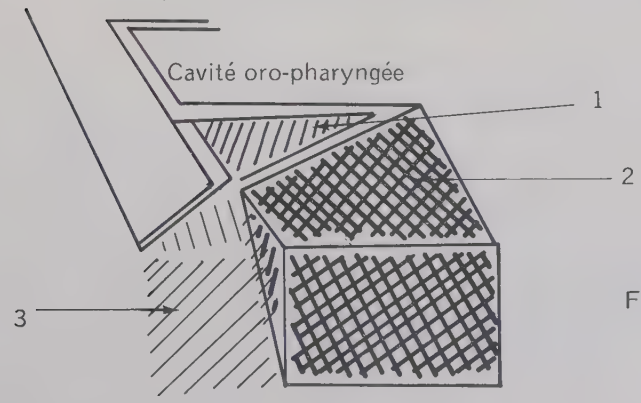
5 - Ligament sphéno-maxillaire

6 - Maxillaire inférieur

7 - Masseter

Figure H

SITUATION SCHEMATIQUE DE LA R.P.M. PAR RAPPORT AUX AUTRES REGIONS



1 - Espace sous parotidien antérieur

2 - Région ptérygo-maxillaire

3 - Région parotidienne

Figure I

3) En dedans de la branche montante du maxillaire inférieur la C.I.M. répond à la partie inférieure et antérieure de la région ptérygomaxillaire

La région ptérygo-maxillaire (ou fosse sous temporale) (Figure H et I)

De forme prismatique triangulaire, assez irrégulière, la R.P.M. est située :

- en-dedans de la branche montante du maxillaire inférieur ou du masséter,
- au-dessous de la grande aile du sphénoïde,
- en avant de la région parotidienne,
- en dehors de l"apophyse ptérygoïde et du pharynx
- en avant et en dehors de l'espace sous-parotidien antérieur.

Seule sa partie inférieure constitue un rapport postérieur de la C.I.M. Nous décrirons donc surtout les parois externe, interne et antérieure.

a) La paroi externe de la R.P.M. est constituée par la face interne de la branche montante du maxillaire inférieur (figure F.)

Rectangulaire, allongée de haut en bas, cette face interne présente, à sa partie inférieure, des crêtes rugueuses, obliques en bas et en arrière, déterminées par l'insertion du muscle ptérygoïdien interne.

A sa partie moyenne, cette face présente l'orifice d'entrée du canal dentaire inférieur dans lequel pénètrent les vaisceaux et nerfs dentaires inférieurs que nous reverrons.

L'orifice du canal dentaire est placé sur le prolongement du rebord alvéolaire et répond au milieu d'une ligne menée du tragus à l'angle antéro-inférieur du masséter. Il est limité

en avant par une saillie triangulaire aigüe, l'épine de Spix ou lingula mandibulae, sur laquelle s'insère le ligament sphéno-maxillaire. En arrière de l'orifice du canal dentaire se trouve parfois une autre saillie plus petite que la précédente, l'anti-lingula.

b) la paroi interne est complexe :

- dans sa partie supérieure et antérieure, elle est osseuse, constituée par l'apophyse ptérygoïde, dont l'aile externe fait saillie dans la région et la fosse ptérygo-maxillaire.

- dans sa partie postérieure et inférieure, elle est musculaire et aponévrotique, constituée par :

. le ptérygoïdien interne et son aponévrose en bas,
. l'aponévrose inter-ptérygoïdienne au-dessus de ce muscle.

1 - Le Ptérygoïdien interne (Figure J)

Ce muscle épais, quadrilatère, est obliquement tendu de la fosse ptérygoïde à la face interne de l'angle de la mâchoire.

Il naît de toute la surface de la fosse ptérygoïde, sauf sur la fossette scaphoïde et la partie postérieure de la paroi interne de cette fosse, qui sont en rapport avec le Péristaphylin externe.

De là, le corps charnu oblique en bas, en arrière et en dehors se termine sur la face interne de l'angle de la mâchoire et de la branche montante, au voisinage de cet angle. Les insertions maxillaires du muscle se font à la fois par des fibres et par des lames tendineuses analogues à celles du faisceau superficiel du masséter.

2 - L'aponévrose interptérygoïdienne (Figure K)

C'est une membrane fibreuse quadrilatère placée entre les ptétygoïdiens interne et externe suivant un plan oblique

en bas en dehors et en arrière.

Son bord supérieur s'attache sur la base du crâne d'arrière en avant, aux deux lèvres de la scissure de Glaser au prolongement du rocher interposé aux scissures pétro-tympaniques et tympano-pétreuse, à l'épine du sphénoïde et au rebord interne du Trou Ovale.

Elle descend entre les deux ptérygoïdiens et s'insère en bas à la face interne du maxillaire inférieur, immédiatement au-dessus des insertions du muscle ptérygoïdien interne et aussi sur l'épine de Spix.

Cette aponévrose est très épaisse en arrière, où elle constitue une lame très résistante, formant les ligaments sphéno-maxillaire et tympano-maxillaire.

Le bord postérieur de ce dernier ligament limite avec le col du Condyle la boutonnière rétro-condylienne que traversent les vaisseaux maxillaires internes et le nerf auriculo-temporal.

Cette aponévrose interptérygoïdienne divise la R.P.M. en deux loges :

- la loge interne
  qui contient le muscle ptérygoïdien interne

- la loge externe
  qui est comprise entre l'aponévrose interptérygoïdienne et la branche montante du maxillaire.

Cette loge contient d'importants éléments musculaires et vasculo-nerveux qui, pour la plupart, ne constituent pas un rapport postérieur de la C.I.M. car situés sur un plan nettement sous-jacent.

- Le muscle ptérygoïdien externe
  dont les deux faisceaux, sphénoïdal et ptérygoïdien, vont s'insérer après s'être réunis au col du condyle. Il est situé à la partie toute supérieure de la R.P.M.

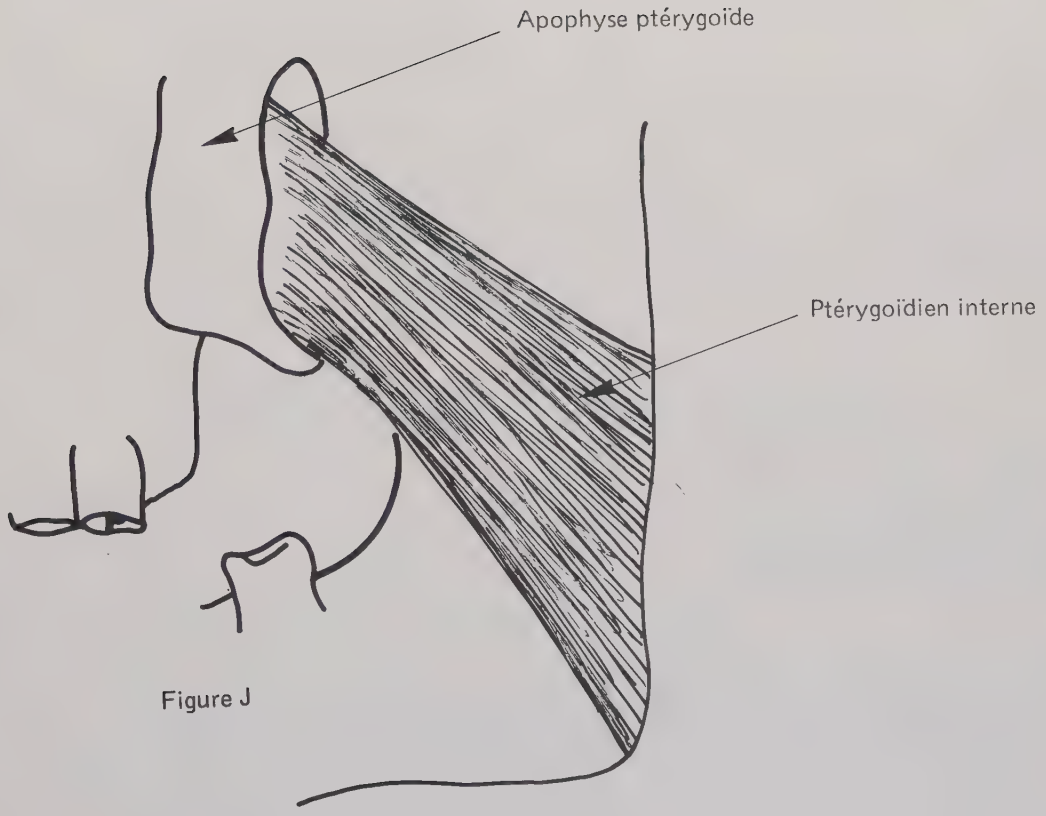


Figure J

LE PTERYGOIDIEN INTERNE

- L'artère maxillaire interne

Elle pénètre dans la R.P.M. par la boutonnière rétro-condylienne entre la veine maxillaire interne et le nerf auriculo temporal, puis gagne l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire où elle devient artère pshéno-palatine.

Parmi ses 14 branches collatérales, seules 3 sont en rapport avec la C.I.M. :

1) - L'artère dentaire inférieure

oblique en bas et en avant, elle pénètre dans le canal dentaire en avant du nerf dentaire inférieur, après avoir donné l'artère du nerf lingual et l'artère mylo-hyoïdienne,

2) L'artère buccale

oblique en bas et en avant, elle longe les origines du ptérygoïdien externe, satellite du nerf buccal, elle traverse avec lui le T.R.M. puis chemine à la face externe du buccinateur où elle se termine en formant un plexus autour de la terminaison du canal de Sténon.

3) L'artère alvéolaire ou alvéolo-antrale

oblique en bas, en avant et en dehors, elle contourne la tubérosité et se divise en deux ou trois branches dont l'une jugale, se termine sur la face externe du buccinateur en s'anastomosant avec l'artère buccale.

. Le nerf maxillaire supérieur

Il traverse la partie supérieure de l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire,

. Le nerf maxillaire inférieur

Il pénètre dans la R.P.M. par le trou ovale, flanqué du ganglion otique sur sa face interne et, après un trajet exo-crânien de 5 millimètres, s'épanouit en deux troncs terminaux antérieur et postérieur dont seules les branches descendantes, là aussi, sont en rapport avec la C.I.M.

1) Ainsi, parmi les 3 branches terminales du tronc antérieur, le nerf temporo-buccal donne un rameau descendant, le nerf buccal. Le nerf buccal, sensitif, descend en arrière de la tubérosité du maxillaire, appliqué sur la face profonde du tendon du muscle temporal, près du bord antérieur du tendon, il croise l'aire du trigone rétromolaire puis atteint la face externe du muscle buccinateur où il se divise en rameaux superficiels et profonds pour la peau et la muqueuse de la joue. Il accompagne l'artère buccale.

2) De même, ne sont un rapport postérieur de la C.I.M. que les branches descendantes du tronc terminal postérieur (qui donne en outre le tronc commun du ptérygoïdien interne, du péristaphylin externe et du muscle du marteau) ainsi que le nerf auriculo-temporal. Ces branches sont :

. Le nerf dentaire inférieur

C'est la plus volumineuse des branches du nerf maxillaire inférieur. Il se dirige en bas, en avant de l'artère dentaire inférieure entre l'aponévrose inter-ptérygoïdienne et le muscle ptérygoïdien interne en dedans, et la branche montante du maxillaire inférieur en dehors.

Il donne :

. L'inconstante anastomose au nerf lingual

. Le nerf du mylo-hyoïdien et du ventre antérieur du digastrique,

. Des rameaux dentaires

puis pénètre dans le canal dentaire, toujours accompagné de l'artère dentaire inférieure et s'y divise :

. soit dès son entrée en nerf mentonnier et nerf dental,

. soit, plus souvent, à son émergence du trou mentonnier en nerf mentonnier et nerf incisif.

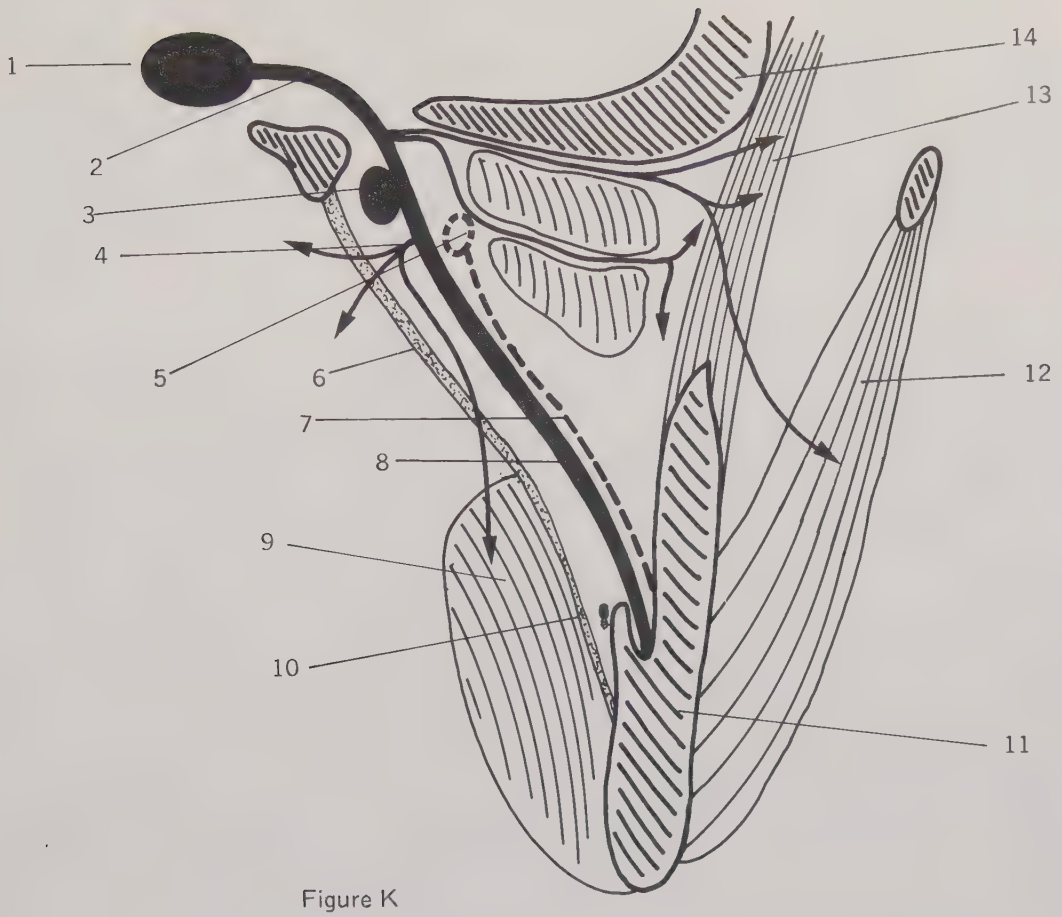


Figure K

1 - Ganglion de gasser
2 - Nerf maxillaire inférieur
3 - Ganglion otique
4 - Tronc commun du ptérygoïdien interne, du muscle marteau et péristaphylin externe.
5 - Artère maxillaire interne
6 - Aponévrose interptérygoïdienne
7 - Artère dentaire inférieure
8 - Nerf dentaire inférieur
9 - Muscle ptérygoïdien interne
10 - Artère et nerf mylo-hyoïdien
11 - Maxillaire inférieur
12 - Masséter
13 - Temporal
14 - Grande aile du sphénoïde

COUPE FRONTALE – REGION PTERYGO-MAXILLAIRE

. Le nerf lingual (Figure L)

Il descend en avant du nerf dentaire, en décrivant une courbe concave en avant et en dedans.

Il est d'abord compris entre l'aponévrose inter-ptérygoïdienne en dedans et le ptérygoïdien externe et la branche montante en dehors. C'est dans cette région, un peu au-dessus de son origine qu'il reçoit la corde du tympan, branche du facial.

Il entre directement en rapport avec la C.I.M. lorsqu'il se dégage du bord antérieur du muscle ptérygoïdien interne. Il passe ensuite en dedans de la partie inférieure du ligament ptérygo-maxillaire pour gagner la loge sous maxillaire en cheminant sous la muqueuse du sillon gingivo-jugal.

L'extrémité antérieure de la F.P.M.

Elle est fermée, en partie suelement, par la tubérosité du maxillaire supérieur et le buccinateur.

Ainsi décrite, la R.P.M. qui constitue un rapport postérieur fondamental de la C.I.M. est elle-même en communication avec les régions voisines :

. espace sous parotidien antérieur en dedans et en bas,

. région parotidienne en arrière, par la boutonnière rétro-condylienne,

. fosse temporale en dehors et en haut, par le canal zygomatique,

. cavité orbitaire par la fente sphéno-maxillaire en haut,

. région génienne par un orifice situé au-dessus du ligament ptérygo-maxillaire, mais c'est déjà un rapport externe.

oOo

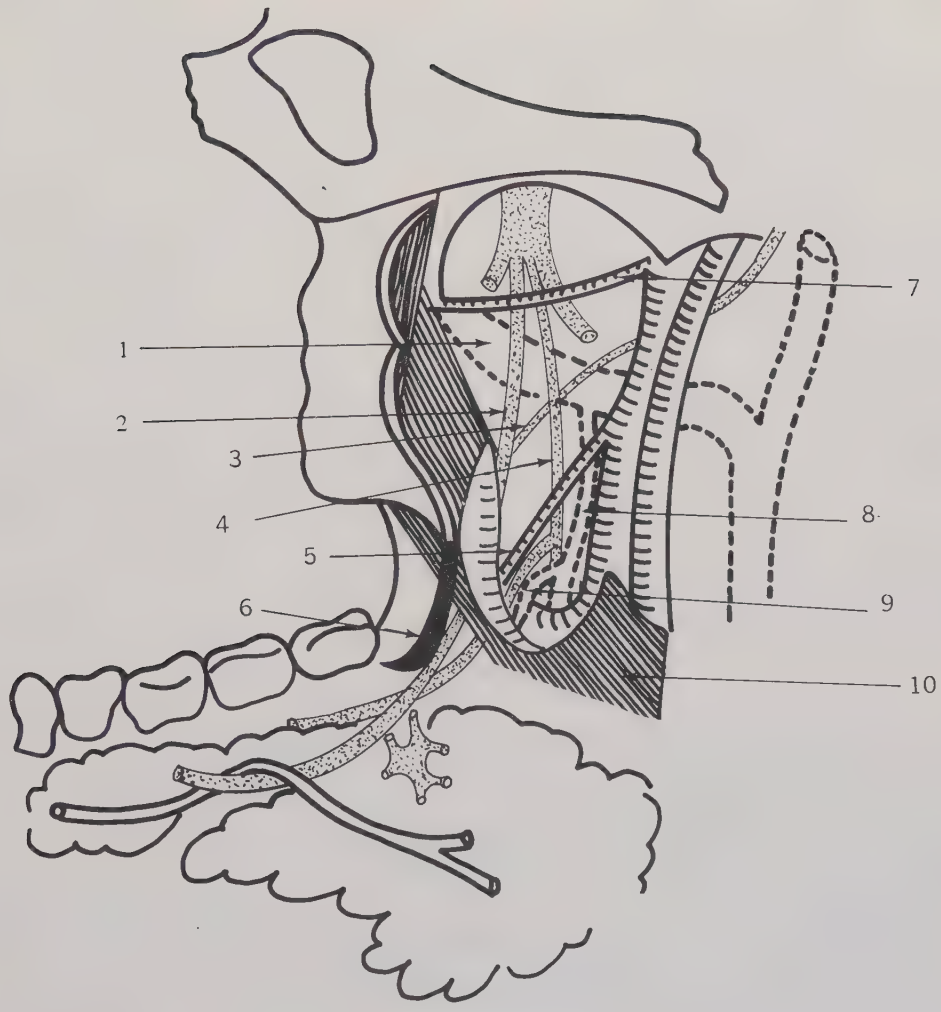


Figure L : R.P.M. - VUE INTERNE

1 - Artère maxillaire interne
2 - Nerf lingual
3 - Corde du tympan
4 - Nerf dentaire inférieur
5 - Ligament sphéno-maxillaire
6 - Ligament ptérygo-maxillaire
7 - Ligament ptérygo-épineux
8 - Artère dentaire inférieure
9 - Artère mylohyoïdienne
10 - Muscle ptérygoïdien interne

RAPPORTS EXTERNES

Les rapports externes de la C.I.M. sont essentiellement constitués par la région génienne et la région massétérine (à noter toutefois que le vestibule de la bouche peut venir former en arrière de la C.I.M. un sillon plus ou moins prononcé).

1) - La région génienne (Figure M)

- située sur la partie latérale de la face, la région génienne est limitée :

. en haut par le bord inférieur de l'orbite

. en bas par le bord inférieur de la mâchoire inférieure

. en arrière par le bord antérieur du masséter

. en avant par le sillon nasogénien, la commissure labiale et une verticale abaissée de cette commissure jusqu'au bord inférieur de la mâchoire.

- sous la peau et le tissu sous cutané, l'on distingue deux plans musculaires délimitant un espace intermusculaire important :

a) un premier plan musculaire superficiel

C'est un plan discontinu constitué par :

. le releveur superficiel de l'aile du nez et de la lèvre supérieure,

. le petit zygomatique, le grand zygomatique,

. le risorius de Santorini,

. les faisceaux postérieurs du peaucier du cou,

. le triangulaire des lèvres,

. des ramifications des artères transverse, faciale et mentonnière,

. des rameaux du facial destinés aux muscles précédents.

1 - Artère faciale
2 - Branches terminales du facial
3 - Veine faciale
4 - Canal de Sténon
5 - Buccinateur
6 - Boule graisseuse de Bichat
7 - Ligament ptérygo-maxillaire
8 - Nerf lingual
9 - Pan musculaire superficiel
10 - Masséter
11 - Parotide
12 - VII

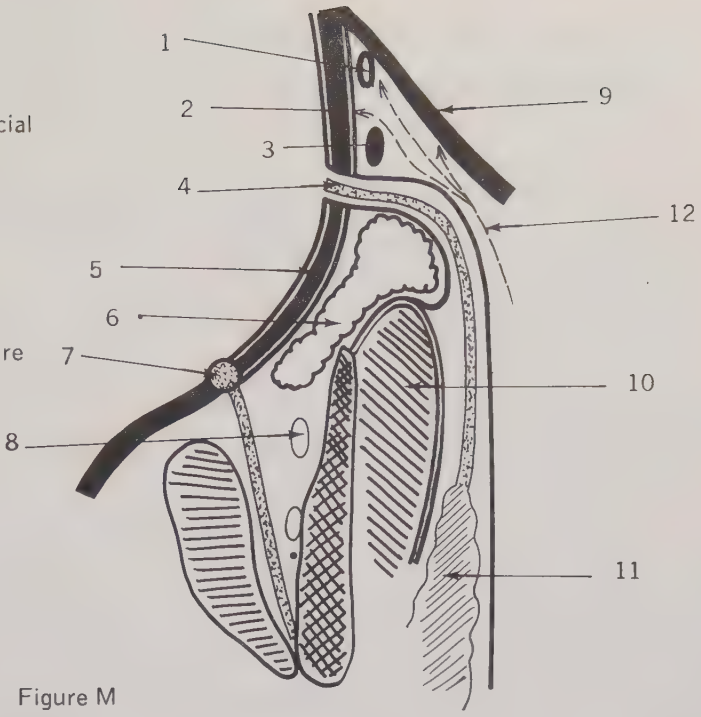


Figure M

REGION MASSETERINE ET GENIENNE – COUPE HORIZONTALE

1 - Artère transversale de la face
2 - Parotide
3 - Masséter
4 - Boule graisseuse de Bichat
5 - Canal de Sténon
6 - Veine faciale
7 - Artère faciale

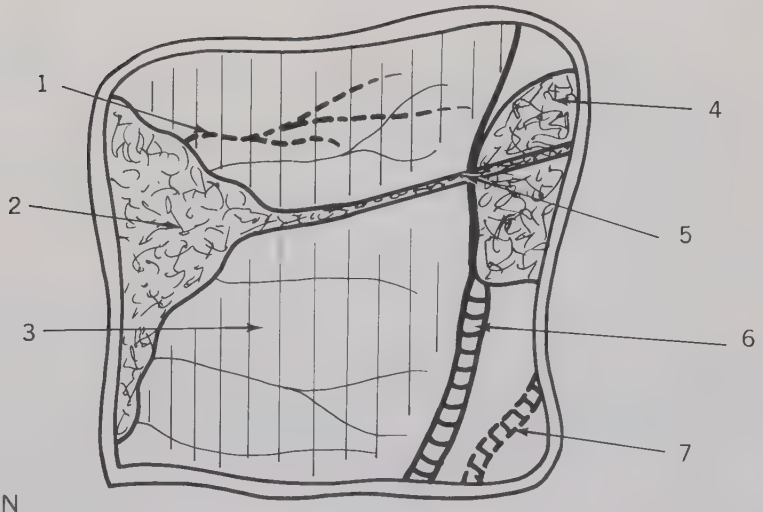


Figure N

REGION MASSETERINE

b) un espace intermusculaire

en forme de coin, à base postérieure, en rapport avec le bord antérieur du masséter et le tendon du temporal. Cet espace intermusculaire contient :

. La boule graisseuse de Bichat

masse adipeuse, elle est comprise entre :

- en arrière, le masséter, le tendon du temporal et le ptérygoïdien interne,

- en dedans le buccinateur et son aponévrose,

- en dehors le plan musculaire superficiel des peunciers,

- en avant le canal de Stenon.

. Le canal de Sténon

Il contourne la boule graisseuse de Bichat en passant au devant d'elle, dans un dédoublement de son feuillet de revêtement, puis traverse le buccinateur.

. les vaissaux faciaux

ils montent vers l'angle interne de l'oeil, la veine derrière l'artère, décrivant la corde de l'arc décrit par l'artère. Ils sont accompagnés de lymphatiques du nez et de la joue.

. Enfin des nerfs

- des rameaux du facial pour les muscles de la région

- et le rameau buccal du nerf temporobuccal branche du maxillaire inférieur qui passe au-dessous de la boule de Bichat.

d) Enfin la muqueuse buccale

Elle forme la paroi externe du vestibule de la bouche et tapisse la face profonde du buccinateur et lui adhère par un tissu conjonctif sous muqueux très dense.

2) - La région massétérine

Située en arrière de la région génienne et en dehors de la branche montante, la région massétérine est limitée :

- en haut par l'arcade zygomatique,
- en avant par le bord antérieur du masséter,
- en arrière par le bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur,
- en bas par le bord inférieur de la mâchoire.

De la superficie à la profondeur, l'on trouve (Figure N)

a) Les plans superficiels

constitués par la peau, le fascia superficialis qui se continue avec l'aponévrose épicrânienne et le tissu cellulaire sous cutané. Celui-ci est parcouru par :

. l'artère transversale de la face et la branche massétérine de l'artère faciale,

. les rameaux terminaux de la branche temporofaciale du facial,

. les rameaux buccaux inférieur et mentonniers de la branche cervico-faciale,

. des lymphatiques cutanés en connexion avec les ganglions parotidiens inférieurs et sous-maxillaires, voire même sous-mentaux.

b) L'aponévrose massétérine

A son bord antérieur, elle émet un feuillet de dédoublement qui revêt en avant la boule graisseuse de Bichat et s'unit à l'aponévrose buccinatrice. A sa partie postérieure, elle est recouverte par le prolongement massétérin de la parotide. Du bord antérieur de la glande émergent les rameaux du facial qui deviennent superficiels et le canal de Sténon qui croise le bord antérieur du masséter, 1 centimètre au-dessous de l'arcade zygomatique.

c) Le masséter

Sa volumineuse masse comble toute la loge massétérine comprise entre la face externe de la branche montante du maxillaire inférieur en dedans et l'aponévrose massétérine en dehors. Le masséter reçoit par sa face profonde l'artère massétérine branche de la maxillaire interne et le nerf massétérin

qui est un rameau du nerf temporo-massétérin, branche du maxillaire inférieur.

oOo

RAPPORTS ANTERIEURS ET SUPERIEURS

Ces rapports sont variables selon que les mâchoires sont écartées ou rapprochées.

- lorsque la bouche est ouverte en effet, la C.I.M. est directement accesssible à la vue et à la palpation. Elle ne présente donc aucun rapport antérieur.

- en revanche, lorsque les mâchoires sont rapprochées par le jeu de l'articulation temporo-maxillaire, la C.I.M. voit se placer devant elle des éléments qui, bouche ouverte, étaient sur un plan susjacent. Ces éléments antéro-supérieurs sont essentiellement :

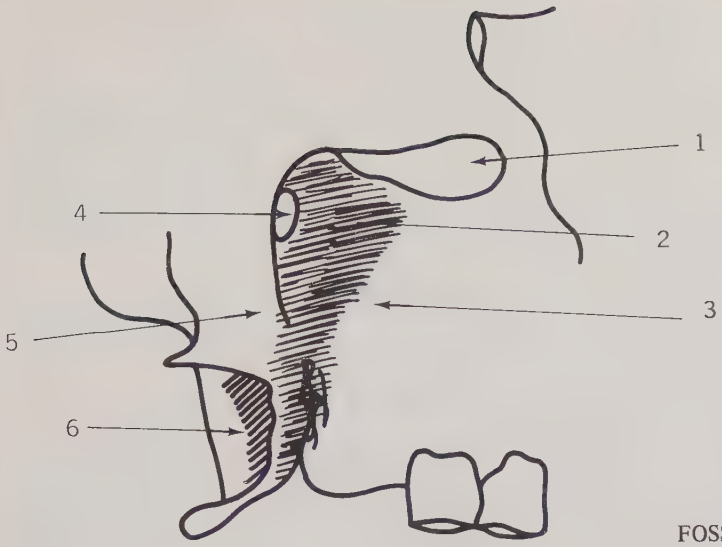
. la face postérieure du maxillaire supérieur et son bord inférieur alvéolaire,

. et l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde, plus en haut et en dedans.

1) - La face postérieure du maxillaire supérieur (Figure 0)

. Cette face postérieure ou zygomatique constitue la paroi antérieure de la F.P.M. et de son arrière fond. Sa partie externe est concave transversalement, près de l'os malaire.

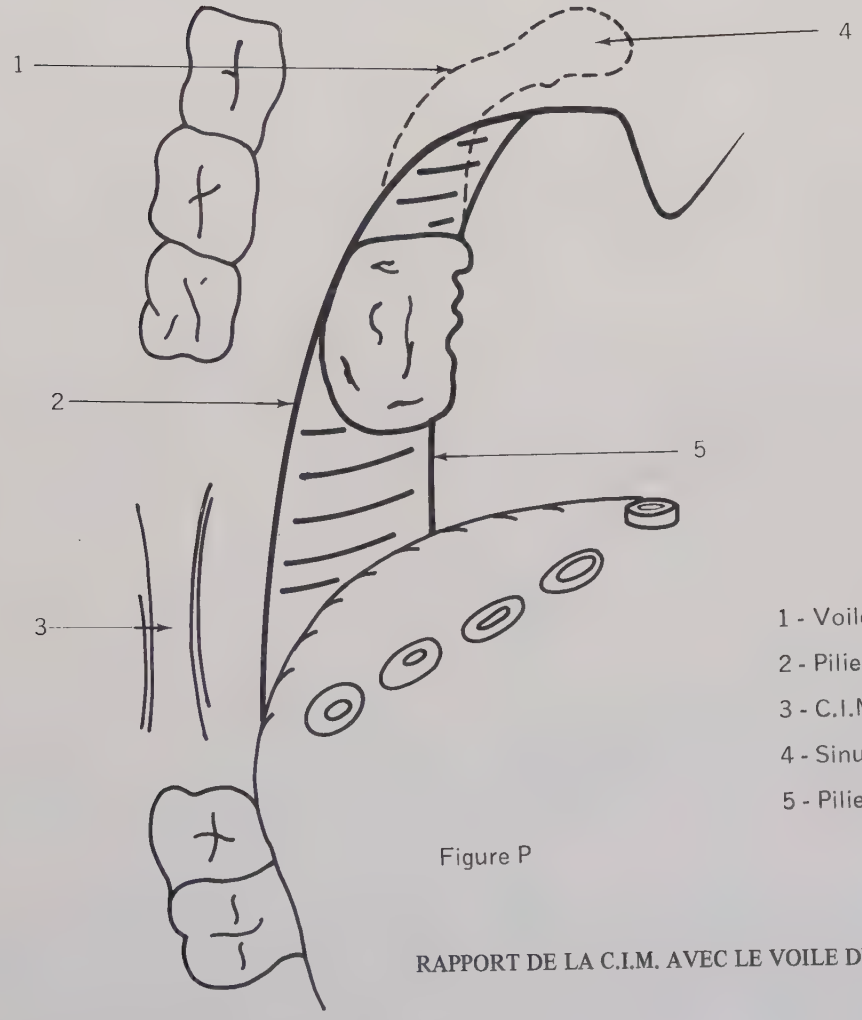
. C'est surtout sa partie interne, convexe et saillante, appelée Tubérosité du maxillaire supérieur qui est en rapport avec la C.I.M. On voit dans sa partie moyenne les



1 - Fente sphéno-maxillaire
2 - Arrière fond de la R.P.M.
3 - Tubérosité du maxillaire supérieur
4 - Trou sphéno palatin
5 - Aile externe
6 - Aile interne

Figure O

FOSSE PTERYGO–MAXILLAIRE



1 - Voile
2 - Pilier antérieur
3 - C.I.M.
4 - Sinus de Tourtual
5 - Pilier postérieur

Figure P

RAPPORT DE LA C.I.M. AVEC LE VOILE DU PALAIS

orifices des canaux dentaires postérieurs, au nombre de 2 à 3 dans lesquels s'engagent les vaisseaux et nerfs dentaires postérieurs. La partie la plus interne de la tubérosité du maxillaire supérieur est à peu près verticale. A son extrémité inférieure, elle présente une surface rugueuse qui s'articule avec l'apophyse pyramidale du Palatin.

Le bord postérieur du maxillaire supérieur limite en avant l'arrière fond de la fosse ptérygo-maxillaire.

Enfin, l'extrémité postérieure du bord inférieur, alvéolaire du maxillaire supérieur et l'angle qu'elle forme avec le bord postérieur, entrent en rapport direct avec la C.I.M.

2) - L'aile externe de l'apophyse ptérygoïde

. Elle constitue un rapport plutôt supéro-interne qu'antérieur de la C.I.M.

. Par sa face externe, elle contribue à former la paroi interne de la fosse ptérygo-maxillaire et donne insertion au ptérygoïdien externe.

. L'échancrure ptérygoïdienne formée par l'écartement des bords inférieurs des deux ailes est comblée par la face postérieure de l'apophyse pyramidale du palatin, dont la face antérieure s'articule avec la tubérosité du maxillaire supérieur.

oOo

RAPPORTS INTERNES

En dedans le rapport essentiel est représenté par le voile du palais, qui répond à la base de la C.I.M.

Le voile du palais est constitué d'une lame fibreuse des muscles et d'une muqueuse.

. La lame fibreuse, ou aponévrose palatine

C'est une membrane fibreuse, qui fait suite à la voute palatine occupant la moitié antérieure du voile du palais s'attachant :

- en avant au bord postérieur de la voute palatine,
- sur les côtés au bord inférieur et au crochet de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde,
- en arrière, elle se perd dans l'épaisseur du voile.

. Parmi les 5 muscles qui constituent la musculature du voile du palais, seul le glosso-staphylin représente un rapport proche de la C.I.M. En effet, le glosso-staphylin ou palato-glosse, s'attache à la face inférieure de l'aponévrose palatine, descend dans le pilier antérieur du voile du palais et se termine dans l'épaisseur de la langue.

. La muqueuse revêt les faces supérieure et inférieure du voile du palais et contourne son bord libre. FAIT IMPORTANT : le réseau lymphatique commun au pilier antérieur et à la C.I.M. explique la fréquence des propagations néoplasiques de l'une à l'autre région

oOo

RAPPORTS INFERO-INTERNES

Par l'intermédiaire de la partie toute postérieure de la face interne de la mandibule, la C.I.M. se continue à la fois avec la région sous maxillaire et avec la région sublinguale plus en avant.

oOo

VOIES LYMPHATIQUES

Nous envisagerons successivement :

a) le réseau d'origine

b) les voies de drainage et les lymphatiques régionaux traversant la C.I.M.

c) les ganglions tributaires de la C.I.M.

a) - Le réseau d'origine

Le réseau lymphatique d'origine est constitué par un réseau sous muqueux très dense, qui communique très largement avec celui du pharynx, de l'amygdale palatine, des gencives et de la face inférieure du voile du palais, de la joue.

b) - Les voies de drainage

Ces voies sont communes avec celles des lymphatiques postérieurs des gencives et du voile du palais. Ces lymphatiques externes gagnent plutôt les groupes sous maxillaires, les lymphatiques externes gagnent plutôt la chaîne jugulaire interne, surtout le ganglion autéro-supérieur de KUTTNER, inconstamment les ganglions sous-maxillaires, rarement les ganglions parotidiens.

c) - des troncs lymphatiques venant des régions voisines traversant la C.I.M.

1 - les lymphatiques de la face inférieure du voile

Leurs collecteurs gagnent le ganglion sous-digastrique de KUTTNER par trois voies :

. La voie moyenne

constante, qui voit ses vaisseaux se porter en dehors, passer sous la muqueuse de la C.I.M. et de la partie postérieure de face interne de joue, atteint le bord antérieur de la branche montante et s'infléchit alors en bas et en

arrière pour passer en dedans de la sous maxillaire vers les ganglions profonds du cou.

. La voie antérieure

inconstante, comprend 1 ou 2 collecteurs qui vont à la face profonde de la muqueuse jugale, suivant dès lors les lymphatiques de celle-ci. Ils traversent le plan du buccinateur près de ses attaches supérieures et descendent vers les ganglions sous maxillaires.

c - Les lymphatiques internes de la gencive supérieure

Ils s'unissent, en dedans et en arrière de l'arcade dentaire, aux lymphatiques de la voute et du voile. Ils présentent donc les mêmes connexions que ceux-ci avec les ganglions sous-digastriques, les ganglions sous-maxillaires et rétro-pharyngiens.

d) - Les ganglions tributaires

Les ganglions tributaires sont donc, très accessoirement un ganglion parotidien, essentiellement les ganglions sous maxillaires et jugulaires internes.

1 - Les ganglions sous-maxillaires

Au nombre de 5 ou 6, les ganglions sous-maxillaires sont, pour la plupart, échelonnés le long du bord inférieur du maxillaire. Celui-ci les masque en partie ou en totalité, de sorte que, pour les explorer cliniquement, il faut insinuer les doigts fléchis en crochet en dedans du bord inférieur de l'os.

Il en existe 5 groupes principaux :

- pré-glandulaire
- pré-vasculaire
- rétrovasculaire
- rétroglandulaire
- intracapsulaire

Les voies efférentes de ces 5 groupes sont de deux sortes :

- 2 voies principales : satellites des vaisseaux faciaux : l'une para-veineuse, l'autre para-artérielle,

- 2 voies accessoires : l'un directe vers le ganglion sus homo-hyoïdien, l'autre indirecte vers le ganglion sous-mental.

Mais, finalement, quelles que soient les voies empruntées, la lymphe aboutit aux ganglions jugulaires internes.

2 - Les ganglions jugulaires internes

La chaîne jugulaire interne se compose de nombreux ganglions juxtaposés à la veine jugulaire interne :

. Les uns externes, sont placés en une ou plusieurs séries verticales le long de son bord externe,

. les autres antérieurs, répondent à la face antérieure de la veine. Ils se distinguent en trois groupes principaux :

° un groupe supérieur ou sous-digastrique

° un groupe moyen ou omo-hyoïdien

° un groupe inférieur voisin de la terminaison de la veine jugulaire interne.

Le ganglion de KUTTNER appartient au groupe sous-digastrique. Finalement, la lymphe se draine vers le confluent veineux jugulo-sous-clavier ou bien dans la grande veine lymphatique à droite et dans le canal thoracique à gauche.

oOo

LES VOIES D'EXTENSION NEOPLASIQUE

A la lumière de ce rappel anatomique, l'on peut rapidement envisager les principales voies d'extension du

processus néoplasique à partir de la C.I.M.

Cette extension pourra se faire :

- en avant et en dehors :

vers la face interne des joues, entre muqueuse buccale et buccinateur, puis à travers le buccinateur.

- en arrière et en dedans :

vers la muqueuse de revêtement de la face interne de la branche montante et au-delà vers le pilier antérieur.

- en arrière :

vers la région ptérygo-maxillaire, avec possibilité d'atteinte des nerfs lingual et dentaire inférieur, vers le tendon terminal du temporal, expliquant pour une part les douleurs et le trismus.

- en haut et en avant :

vers la gencive supérieure et le sillon gingivo-jugal supérieur.

- en haut et en arrière :

le voile du palais.

- en bas et en avant :

vers la gencive inférieure et le sillon gingivo-jugal inférieur, plus en arrière le repli palato glosse et au-delà le plancher de la bouche.

oOo

CONCLUSIONS

Telle est donc l'anatomie de la C.I.M. Il importe cependant de préciser encore un certain nombre de points :

1) - La commissure inter-maxillaire proprement dite

est en réalité strictement limitée au pli ptérygo-maxillaire formé par la muqueuse que soulève en profondeur le ligament ptérygo-maxillaire. Cette saillie est palpable par le doigt en dedans de celle de la branche montante du maxillaire inférieur.

2) - Le trigone rétro-molaire ou zone rétro-molaire proprement dit

est donc représenté par la dépression triangulaire supérieure dont :

. la base répond au prolongement de l'arcade dentaire supérieure,

. le sommet se perd en dehors de la dernière molaire inférieure,

. les côtés sont formés par le ligament ptérygo-maxillaire en dedans et le bord antérieur de la branche montante en dehors.

3) - C'est donc par abus de langage que le trigone rétro-molaire (ou aréa rétro-molaris pour les anglo-saxons) est appelé commissure inter-maxillaire.

4) - Cependant, la définition clinique et carcinologique de la commissure inter-maxillaire est sensiblement différente de ces définitions anatomiques. C'est elle,

néanmoins, qui sera adoptée pour l'étude clinique qui va suivre.

Voici donc la définition clinique de la commissure inter-maxillaire actuellement en vigueur à l'I.G.R.

"La commissure inter-maxillaire ou région rétro-molaire, "est constituée par la muqueuse de revêtement du bord "antérieur de la branche montante du maxillaire infé- "rieur. Elle comprend trois parties :

" - la commissure proprement dite,
" - la face externe qui se continue en avant avec la
" face interne de joue, selon des modalités variables
" (présence ou non d'un sillon),
" - la face interne, constituée par une portion de la
" muqueuse de revêtement de la face interne de la
" branche montante.

"Nous limitons (arbitrairement) cette face interne "en arrière, par une ligne verticale parallèle à la "commissure proprement dite et située à 0,5 centimè- "tre, en arrière de celle-ci.

"En haut, ses limites sont nettes. Elle constitue en "arrière de la gencive supérieure une véritable région "rétro-molaire.

"En bas, au contraire, ses limites sont variables. Il "peut exister à ce niveau une dent de sagesse incluse "comme on peut individualiser une région rétro-molaire "en arrière de la gencive inférieure".

oOo

MATERIEL D'ETUDE

Cette thèse a été consacrée au bilan de 85 cas d'épithéliomas de la commissure inter-maxillaire examinés à l'I.G.R. dans le service du Professeur CACHIN, de 1960 à 1968.

Un tel recul permet ainsi un bilan à trois ans.

Il convient sans doute de préciser que, pour apprécier la durée de survie à trois ans, nous avons pris comme point de départ la date du début de mise en traitement, ceci pour plusieurs raisons :

- 1) voulant apprécier la qualité d'une thérapeutique opposée à un cancer particulièrement grave, il semble logique d'en apprécier le résultat à dater de sa mise en oeuvre,

- 2) le traitement mis en oeuvre a parfois compris plusieurs temps s'étendant souvent sur plusieurs mois ; et si l'on veut envisager l'étude globale de ces différentes phases dans leur diversité et leur complémentarité, il semble plus commode d'utiliser comme date-repère le début du traitement,

- 3) la date du début des symptômes est souvent bien difficile à préciser, d'autant que souvent les malades furent adressés dans le service, le diagnostic et l'examen anatomo-pathologique déjà faits.

Ceci étant posé, les 85 cas d'épithéliomas de la commissure inter-maxillaire se présentaient globalement ainsi :

- a) 69 cas d'épithéliomas de la C.I.M. isolés

- b) 16 cas d'épithéliomas de la C.I.M. associés à d'autres localisations néoplasiques des voies aéro-digestives supérieures et du domaine extra O.R.L.

Ces 16 cas de cancers multiples ont posé d'emblée un problème de répartition. Pour certains d'entre eux, en effet, le cancer de la C.I.M. constituait une deuxième localisation et son traitement a donc pu être influencé par les autres traitements déjà pratiqués pour le premier cancer.

L'on a donc convenu de ne tenir compte, pour le bilan global, que des cas où la localisation inter-maxillaire était primitive et isolée. Ce qui élimine :

- 7 cas de cancers simultanés

- 7 cas de cancers ayant précédé la localisation inter-maxillaire.

En résumé, le bilan général et l'étude détaillée de cette localisation cancéreuse portera sur :

- 69 cas d'épithéliomas de la C.I.M. isolés et 2 cas de cancers multiples, où la localisation à la C.I.M. fut primitive :

SOIT 71 CAS

Néanmoins, l'intérêt certain de ces 16 cas de cancers multiples, et plus encore peut-être, leur singulière fréquence dans cette localisation justifiaient un chapitre spécial dans cette thèse.

oOo

SEXE

Comme c'est la règle pour les épithéliomas de la sphère O.R.L. la répartition en fonction du sexe confirme une

très nette prédominance du sexe masculin.

Sur 71 cas, il y avait en effet :

- 67 hommes, soit 95 %
- 4 femmes, soit 5 %

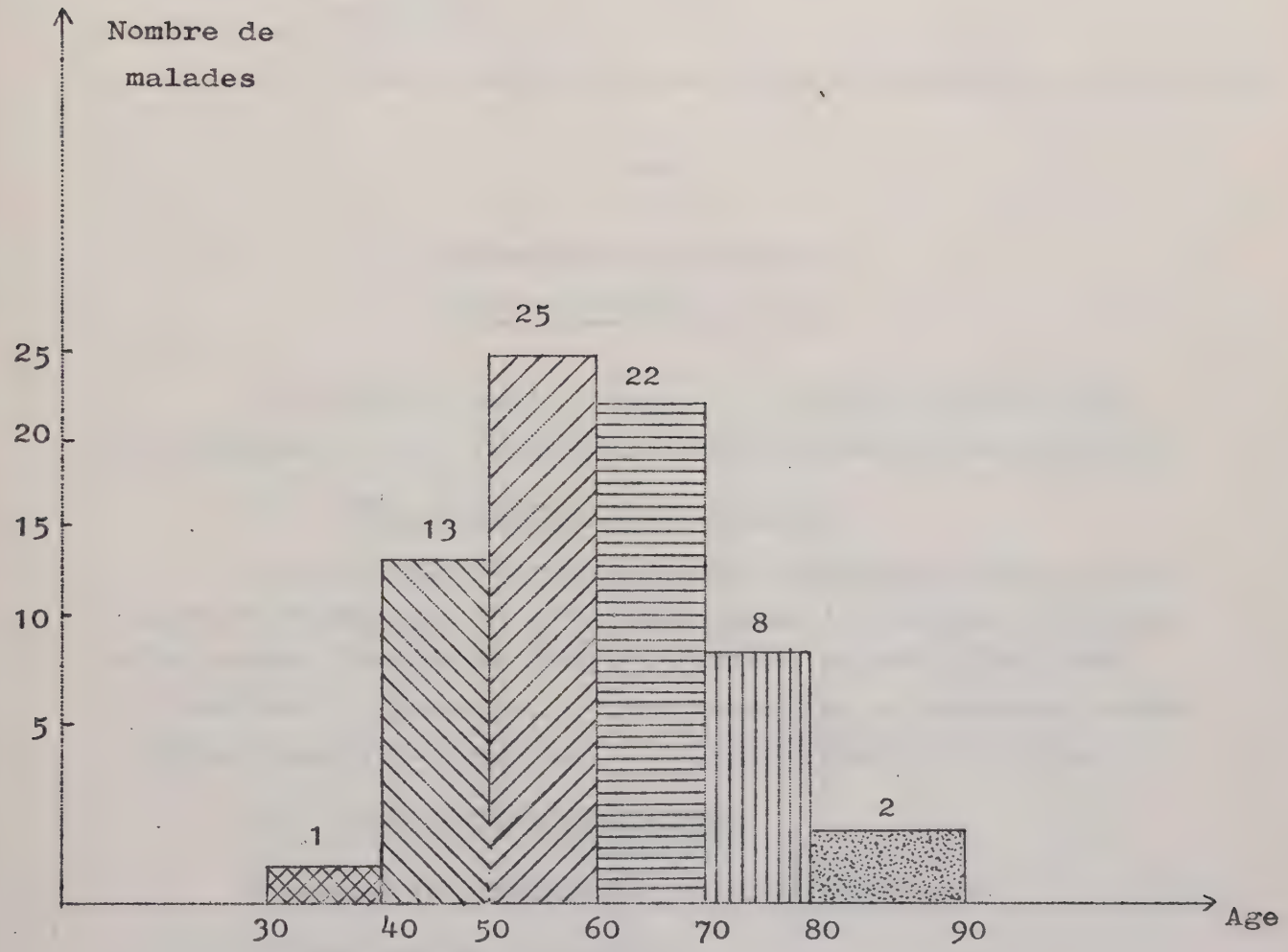
oOo

AGE

Le tableau n°1 rend compte de la répartition selon l'âge :

- AGE -	♂	♀	TOTAL	
- de 30 à 39 ans	1		1	1 %
- de 40 à 49 ans	13		13	18 %
- de 50 à 59 ans	24	1	25	35 %
- de 60 à 69 ans	21	1	22	30 %
- de 70 à 79 ans	6	2	8	11 %
- de 80 à 89 ans	2		2	3 %
TOTAL	67	4	71	

Le tableau n°2 visualise ces résultats :



- ORIGINES RACIALES -

Sur 71 dossiers, nous notons :

- 1 nord africain,
- 1 africain,
- 3 antillais

Il n'existe donc là aucun élément particulier à relever.

oOo

- FACTEURS ETIOLOGIQUES -

Au cours de cette étude, il a semblé intéressant de souligner ou de rappeler un certain nombre de points :

1) - Rôle du tabac et de l'alcool

L'on connaît la particulière fréquence d'une intoxication tabagique et alcoolique chez les malades porteurs d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures. Dans 40 cas sur 71 dossiers, l'interrogatoire a recherché cette intoxication tabagique ou alcoolique. Ceci nous donne :

a) - Intoxication tabagique

1 paquet de cigarettes ou plus par jour :

25 cas sur 40 soit 62 %

b) - Intoxication éthylique

1,5 litre de vin par jour ou plus - présence de signes cliniques d'imprégnation :

30 cas sur 40 soit 75 %

Nous trouvons donc ici une confirmation de la grande fréquence d'une association alcoolisme, tabagisme (et mauvaise hygiène bucco-dentaire) dans les cancers des voies aérodigestives.

2) - Rôle de la Leucoplasie

Dans l'immense majorité des cas, l'épithélioma se développe sur une muqueuse saine ; ceci est un fait confirmé par des études statistiques pratiquées à l'I.G.R.

La notion classique du rôle des plaques de leucoplasie, dont la muqueuse buccale constitue un siège d'élection, dans l'éclosion d'un cancer, semble donc avoir été majorée. D'autant qu'il convient sur ce point précis de distinguer deux choses :

. le cancer développé sur une leucoplasie, sans solution de continuité histologique entre les deux éléments,

. et la coexistence d'un cancer et d'une leucoplasie dans la cavité buccale qui peut varier selon les auteurs, de 15 à 70 % des cas.

Ainsi, sur nos 71 dossiers, nous avons relevé :

- 5 cas de coexistence cancer et leucoplasie dans la cavité buccale,
- 1 seul cas de "cancer développé au contact d'une plaque de leucoplasie".

3) - Rôle de l'irritation chronique

L'on sait que l'irritation chronique peut constituer un facteur favorisant. La muqueuse jugale, en effet, est particulièrement exposée aux traumatismes répétés, notamment les dents cariées ou acérées, ou encore les appareils de prothèse qui peuvent agir par irritation mécanique, voire même par électricité statique, dûe au bimetallisme : l'on admet cependant que la nature exacte de l'irritation importe moins que le caractère chronique du processus.

Nous avons relevé, sur nos 71 dossiers, 6 cas où une irritation d'origine dentaire avait été signalée, soit par un stomatologiste, soit par le malade lui-même. Ces 6 exemples représentent :

7 % des cas

oOo

CLINIQUE

Nous envisagerons, dans ce chapitre :

- les circonstances de découverte
- l'examen clinique
- les examens complémentaires demandés
- la classification : T.N.M.

1) - Les circonstances de découverte

Les divers symptômes révélateurs d'un épithélioma de la C.I.M. ont été très schématiquement classés en 4 rubriques afin d'essayer de souligner la valeur pronostique de certaines données cliniques.

A - La douleur

- Dans 15 cas, soit 21 %, ce fut une douleur qui amena le malade à consulter : douleur localisée à la C.I.M. ou, au contraire, irradiée à l'oreille ou à l'arcade dentaire correspondante, continue ou intermittente.

- Comme l'expliquent les caractères anatomiques de la région, cette douleur correspond à l'atteinte d'un des 3 nerfs sensitifs, branches du nerf maxillaire inférieur qui cheminent derrière la C.I.M. :

. les nerfs dentaires inférieurs, lingual ou buccal

Quoi qu'il en soit, cet élément douloureux semble constituer un facteur de mauvais pronostic puisque, sur les

15 cas révélés par ce symptôme, 14 sont décédés avant 3 ans.

Notons qu'une seule fois, le classique Signe de Vincent (anesthésie du menton et de la lèvre inférieure par atteinte du nerf dentaire inférieur) fut noté dans les observations.

B - Le trismus

Il fut révélateur dans 14 cas, soit 19 % des cas

Rappelons que sa présence peut s'expliquer par l'atteinte du temporal, du masséter ou du ptérygoïdien interne et gêne parfois considérablement l'examen.

Il était classique de souligner sa valeur péjorative, ce qu'a semblé confirmer l'étude de ces dossiers, montrant que ces 14 cas révélés par un Trismus sont tous décédés avant 3 ans. Pour J. LEROUX-ROBERT et LEGENT d'une part, pour R. MORAND d'autre part, ce Trismus constitue :
"l'indice très probable d'une forte extension en profondeur".

C - Les adénopathies révélatrices

Dans 7 cas sur 71, les adénopathies furent révélatrices du cancer de la C.I.M., soit 9 % des cas.

Il convient cependant de souligner qu'à l'inverse d'autres localisations, jamais l'adénopathie révélatrice ne resta longtemps isolée, le diagnostic clinique de cancer de la C.I.M. n'offrant, en règle générale, aucune difficulté.

La valeur pronostique de ce symptôme révélateur rejoint en fait la valeur pronostique qui ressort de l'étude des N1, N2, N3 que nous verrons plus loin.

Soulignons toutefois le fait que les 7 cas d'adénopathies révélatrices ne traduisent pas implicitement une extension ganglionnaire précoce puisqu'elles peuvent tout aussi bien correspondre à des signes fonctionnels tumoraux

tardifs. Nous verrons plus loin ce que l'on peut en penser aux vues de la classification T.N.M.

D - Autres signes révélateurs

Dans les 35 cas restants, les symptômes révélateurs furent autres : sensation de gêne, hypersialorrhée parfois sanguinolente, découverte d'examen dentaire, etc ...

oOo

2) - L'examen clinique

Quelles que soient les manifestations d'appel, l'examen clinique doit être mené de façon rigoureuse. Nous envisagerons donc successivement :

- les modalités pratiques de cet examen et l'aspect macroscopique de la tumeur,

- le bilan de l'extension tumorale,

- le bilan des adénopathies palpables.

A - Modalités de l'examen - aspect macroscopique

L'examen de la commissure inter-maxillaire s'effectue au miroir frontal avec deux abaisse-langues, l'un refoulant en dehors la joue et ouvrant le fond du vestibule buccal, l'autre refoulant la langue en dedans, dégageant le plancher de la bouche, la face interne de l'angle du maxillaire inférieur, le pied du pilier antérieur et le sillon amygdaloglosse.

C'est en respectant cette technique d'examen que l'on découvrira sans grande difficulté la lésion. Celle-ci se présente sous différents aspects macrocospiques :

- ulcéro-creusante à bords déchiquetés,

- ulcérations cratériformes à bords formés d'épais bourgeons, saignant facilement

- lésion serpigineuse non ulcéreuse sans limites nettes.

- parfois même, tumeur blanche, grenue, très exophytique, bourgeonnante et hémorragique, à limites nettes et infiltration minime évoquant macroscopiquement une kérastose Villeuse maligne. Rappelons qu'il s'agit là d'une entité histo-clinique et évolutive particulière dont nous verrons plus loin les caractères histologiques.

R. MORAND dans sa thèse sur l'aspect anatomo-clinique et thérapeutique du cancer de la C.I.M. insistait sur l'importance du toucher et de l'appréciation de la mobilité de la lésion :

"Quand le doigt mobilise aisément la tumeur tant dans "le sens transversal que vertical, l'on peut affirmer "qu'il s'agit d'une lésion superficielle n'ayant pas "franchi le buccinateur, seul rempart contre une ex- "tension profonde".

J. LEROUX-ROBERT et F. LEGENT soulignent pour leur part, que la forme à type "d'ulcération superficielle sans infiltration, sans trismus" a le moins mauvais pronostic.

Nous nous sommes donc attachés dans cette thèse à démontrer le caractère de gravité des formes "ulcéro-infiltrantes".

Les chiffres sont éloquents :

- sur les 71 dossiers l'on a dénombré 53 formes ulcérantes ou infiltrantes et 18 formes bourgeonnantes,

- sur les 53 formes ulcéro-infiltrantes, il y a 5 survies à 3 ans, soit 9 %, alors que sur les 18 formes bourgeonnantes, il y a 9 survies, à 3 ans, soit 50 %

Il semble donc certain que l'existence d'une ulcération ou d'une infiltration constitue un facteur de mauvais pronostic.

Ceci rejoint les conclusions de J. LEROUX-ROBERT et F. LEGENT pour qui "une distinction majeure s'impose pour le pronostic et les indications thérapeutiques, entre les forces superficielles serpigineuses et les forces ulcéro-infiltrantes".

Quoi qu'il en soit, le diagnostic de cancer de la C.I.M. n'offre, en règle générale, aucune difficulté. Il reste cependant à pratiquer un bilan très soigneux de l'exten-

sion tumorale et des adénopathies palpables, bilan que complèteront la recherche de métastases à distance, la biopsie et un examen radiographique.

B - Bilan de l'extension tumorale

Son appréciation est fondamentale puisqu'elle représente un des éléments majeurs de la discussion des indications thérapeutiques. Cette appréciation peut être gênée par l'existence d'un trismus dont l'importance peut même interdire tout examen correct. La prescription d'anesthésiques locaux, voire d'antibiotiques, de corticoïdes, de désinfiltrants, peut l'atténuer en agissant sur l'élément douloureux, infectieux ou inflammatoire qui participe à son installation.

Cette extension tumorale sera appréciée :

. par l'inspection et la palper endo-buccaux

. par l'appréciation et l'interprétation éventuelle des signes fonctionnels (sachant par exemple qu'une tuméfaction de la région massétérine peut traduire un envahissement de la boule graisseuse de Bichat ou qu'une mobilité anormale de la dernière molaire signifie toujours une atteinte osseuse sous-jacente).

. enfin par la pratique systématique de clichés radiographiques objectivant au mieux une atteinte osseuse.

Mais pour soigneuse qu'elle soit, cette phase clinique ne saurait nullement apprécier l'extension réelle du cancer qui ne peut être qu'histologique.

Le tableau n°3 rend compte des structures voisines intéressées, par ordre de fréquence décroissante, par l'extension du processus tumoral.

Et, pour plus de clarté, nous avons réparti les structures intéressées en fonction de la classification T.N.M.

oOo

TABLEAU N° 3

STRUCTURES INTERESSEES	T_1	T_2	T_3	T_4	TOTAL
R.B.M.I.	2	11	8	42	63
Pilier antérieur	1	7	7	41	56
Face interne de joue		6	4	33	43
Voile et voûte		4	2	24	30
Amygdale				20	20
Plancher				13	13
Zone de jonction				12	12
Base de langue				4	4
Langue mobile				3	3
Sillon amygdaloglosse				10	10
Sillon Gingivo-jugal sup.				9	9
Sillon Gingivo-jugal inf.		3		5	8

Remarques : Nous croyons utile de redéfinir certains termes anatomiques couramment utilisés à l'I.G.R. :

- la R.B.M.I.

signifie muqueuse de revêtement de la face interne de la branche montante du maxillaire inférieur.

- la zone de jonction

correspond à la région qui entoure l'insertion linguale du pilier antérieur, à cheval sur la langue mobile et la base de la langue.

Ce tableau, qui repose sur des constatations purement cliniques, souligne la fréquence de l'atteinte de plusieurs structures voisines, ce que laisse aisément prévoir la situation "charnière" de la C.I.M.

Il est d'ailleurs important de souligner le fait que, pour certains T_4 atteignant plusieurs structures, il est parfois difficile d'apprécier avec certitude le point de départ exact du processus néoplasique.

Si l'on analyse les données du tableau n°3, l'on ne peut que constater une extension remarquablement concentrique du cancer dans les 4 directions possibles, avec sans doute une prédominance pour l'extension en dedans.

La répartition des structures envahies en fonction de la classification T.N.M. montre bien, d'ailleurs, que cette extension se fait de proche en proche et qu'il n'existe pas de ligne de propagation privilégiée puisque les T_2 et T_3 s'étendent pratiquement aussi bien en dedans qu'en dehors ou bien qu'en haut.

Ce bilan de l'extension tumorale pratiquée, il importe encore de pratiquer un bilan des adénopathies palpables.

C - Bilan des adénopathies palpables

Cette appréciation est, là aussi, fondamentale, et les chiffres de survie que nous verrons plus loin confirmeront la valeur pronostique de cette exploration purement clinique.

42 malades présentaient au premier examen des adénopathies palpables. Le tableau n° 4 résume la distribution topographique de ces adénopathies.

oOo

TABLEAU N° 4

Adénopathies	S.M.	S.D.	S.D+S.M	S.M. S.D P.I.	S.D+P.I	P.I.	TOTAL
Homolatérales	18	12	7	1	1		39
Contro ou Bilatérales			3				3
TOTAL	18	12	10	1	1		42
	43 %	28 %	24 %	2 %	2 %		

NOTES EXPLICATIVES :

- S.M. : Ganglions sous maxillaires
- S.D. : Ganglions sous digastriques
- P.I. : Postéro inférieurs = spinaux, cervicaux transverses et jugulo-carotidien bas.

Le tableau n° 5 fournit la répartition des adénopathies dans chaque groupe ganglionnaire.

oOo

TABLEAU N° 5

ADENOPATHIES	SOUS-MAXILLAIRES	SOUS-DIGASTRIQUES	POSTERO-INFERIEURS
Homolatérales	26	21	2
Contro ou Bilatérales	3	3	
TOTAL	29	24	2
	69 %	57 %	5 %

L'on voit donc que le siège habituel intéresse les groupes sous maxillaires et sous-digastriques avec une prépondérance pour le groupe sous maxillaire (69 %) sur le groupe sous-digastrique (57 %).

Le groupe postéro-inférieur est très rarement intéressé (5 %).

L'unilatéralité est, de loin, la plus fréquente (93 %).

Répétons, pour finir, qu'il s'agit là du bilan clinique des adénopathies palpables. Un tel bilan ne saurait en rien préjuger de l'envahissement ganglionnaire réel. La valeur d'un tel bilan n'en est pas moins considérable et nous aurons l'occasion de souligner la réalité pronostique très péjorative de telles constatations.

Nous soulignerons encore, plus loin, la fiabilité d'un tel bilan clinique lors de la confrontation histo-clinique.

oOo

3) - Les examens complémentaires

Au terme de l'examen clinique, deux examens complémentaires sont toujours demandés :

- un examen radiographique
- une biopsie

A - Examen radiologique

Cet examen radiologique absolument systématique, se propose un double but :

. d'une part, rechercher une atteinte osseuse du maxillaire inférieur sous-jacente à la lésion,

. d'autre part, par un cliché pulmonaire, dépister une éventuelle métastase visible (ou tout autre lésion pulmonaire), ceci dans le cadre d'un bilan somatique général.

1 - Plusieurs incidences peuvent être demandées pour visualiser une éventuelle atteinte du maxillaire inférieur :

° la plus classique, et la plus fréquemment demandée, est l'incidence "maxillaire en double défilé", qui, dans la majorité des cas, suffit à visualiser un envahissement osseux, lorsqu'il existe.

° ce n'est que lorsque l'on possède un doute radiologique que l'on pourra demander les incidences "rétro-alvéolaires" pour le maxillaire inférieur - ou "face" "rétro-alvéolaire" et tomographies pour le maxillaire supérieur.

° citons, pour mémoire, l'incidence de Parma (cliché fait avec un appareil de dentiste à faible distance, la plaque étant contre la mandibule opposée).

° quant à l'orthopantomographie du maxillaire inférieur, elle ne peut être demandée que dans un service disposant d'un matériel très moderne.

° répétons-le cependant, la simple incidence "en double défilé" suffit le plus souvent. C'est elle qui, sur 71 dossiers a permis la découverte, au premier examen, d'une anomalie

radiologique osseuse dans 12 cas, soit 17 % des cas.

Ces anomalies radiologiques peuvent se traduire de façon variable, tout pouvant s'observer depuis le discret flou du bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur avec érosion de la corticale, jusqu'à la disparition complète de toute la branche montante de l'angle du maxillaire et de la branche horizontale dans ses 2/3 postérieurs.

Nous verrons plus loin la valeur pronostique de telles constatations radiologiques. Mais il est intéressant d'envisager ici la fiabilité réelle de telles anomalies radiologiques à la lumière des quelques vérifications chirurgicales qui eurent lieu.

Sur les 12 cas d'"extension osseuse" radiologique, 4 seulement ont subi une intervention chirurgicale permettant une vérification histologique du maxillaire inférieur :

- dans 3 cas, l'examen anatomo-pathologique confirma un envahissement osseux parfois massif de l'os (pour deux de ces cas, l'intervention fut pratiquée après 3 000 r. mais dans ces 3 cas, l'atteinte radiologique était franche),

- dans le 4ème cas, l'examen anatomo-pathologique conclut à l'absence d'envahissement osseux (l'intervention chirurgicale fut pratiquée à 4 500 r).

2 - En revanche, pas une seule métastase pulmonaire ne fut décelée au premier examen par le cliché pulmonaire systématique. Ceci ne signifie nullement, bien entendu, l'absence de métastase réelle.

B - La Biopsie

Cette biopsie est ici particulièrement aisée, en raison du siège très accessible de la lésion, et seul un trismus très serré pourrait quelque peu la gêner. Mais, nous rappellerons seulement quelques points sur lesquels nous

croyons utile d'insister :

1) - Tout d'abord, cette biopsie est INDISPENSABLE. Trop de "lésions" sont étiquetées "cancers", traitées ... et guéries sans la confirmation nécessaire, mais suffisante, de l'histologie. Ni le risque de poussées évolutives avancé par certains, ni le danger de transformation dont l'accusent d'autres auteurs devant des lésions suspectes de dégénérescence néoplasique ne justifient que l'on s'en abstienne.

En tout état de cause, il est de toute façon hors de question d'entreprendre un traitement à visée cancéricide avant une confirmation histologique.

2) - Ensuite, cette biopsie doit répondre à deux exigences :

. être profonde

afin d'éviter la fausse sécurité des prélèvements trop superficiels sur lesquels l'histologiste ne peut conclure qu'à une hyperplasie épithéliale ou à une réaction leucoplasique,

. intéresser la jonction muqueuse saine - tumeur.

Ainsi pratiquée, cette biopsie fait la preuve d'un EPITHELIOMA EPIDERMOIDE ou MALPICHIEN.

La grande majorité est différenciée de type spinocellulaire

- soit banal
- soit à évolution parakératosique.

Un petit nombre d'épithélioma est indifférencié, aboutissant à l'extrême à des aspects très atypiques, pouvant simuler un sarcome (ce sont alors des épithéliomas sarcomatoïdes).

oOo

4) - La classification T.N.M.

Nous avons utilisé, pour cette thèse, la classification T.N.M. édictée par l'U.I.C.C. Rappelons que le système T.N.M. est basé sur la description précise des caractères cliniques de 3 éléments essentiels :

1 - l'extension de la tumeur primitive, décrite sous la lettre T.

2 - l'aspect clinique des ganglions lymphatiques régionaux. Si ceux-ci sont accessibles à l'examen clinique, on les classe sous la lettre N.

3 - enfin, l'absence ou la présence de métastases à distance, en utilisant la lettre M.

Appliquée à la commissure inter-maxillaire, cette classification peut se définir ainsi :

EXTENSION TUMORALE

T_1 = Tumeur de moins ou de 2 cm, strictement superficielle.

T_2 = Tumeur de plus de 2 cm avec infiltration minime

T_3 = Tumeur de plus de 2 cm avec infiltration profonde

T_4 = Tumeur avec infiltration osseuse ou atteinte de plus d'une région voisine.

EXTENSION GANGLIONNAIRE

N_0 = Pas d'adénopathie palpable

N_1 = Adénopathie homolatérale mobile

N_2 = Adénopathie bilatérale mobile ou controlatérale mobile

N_3 = Adénopathie fixée (unie ou bilatérale) que l'on distingue encore en :

. N_3 (v) = adénopathie fixée au plan vasculaire

. N_3 (m) = adénopathie fixée au plan musculaire profond.

C'EST ELLE, EN PRATIQUE, QUI REPRESENTE LE VERITABLE N3

Répétons-le, cette classification T.N.M. est purement clinique. Son but est, en effet, de fournir au médecin qui l'utilise un langage simple et pratique, susceptible d'être largement compris et lui permettant de décrire objectivement la tumeur au moment où le malade est examiné cliniquement. Elle aida encore le médecin à poser ses indications thérapeutiques, tant il est vrai que dans la plupart des cas, le traitement est établi en fonction de ce que la clinique constate.

Purement descriptive, cette classification T.N.M. n'a donc aucune prétention pronostique.

Pourtant, eu égard à la surface relativement réduite qu'occupe une commissure inter-maxillaire, une telle classification semble sévère :

- car deux régions voisines sont rapidement envahies,

- car une infiltration osseuse est vite réalisée quand on sait la minceur de la muqueuse de recouvrement de la branche montante.

En fait, cette classification sévère, comme on va le constater, correspond à une réalité pronostique que les résultats vont confirmer.

Sur 71 malades, 4 ne furent examinés à l'I.G.R. qu'après avoir été traités au dehors, et alors qu'ils présentaient une récidive.

Ces 4 malades échappent donc à la classification T.N.M. qui ne portera que sur 67 malades.

Le tableau n° 6 permet certaines constatations :

- 1) 75 % des malades sont classés T_3 ou T_4, ce qui laisse déjà présumer un mauvais pronostic, 25 % seulement sont T_1 - T_2

- 2) 60 % des malades présentent des adénopathies palpables au premier examen,

- 3) 1 malade sur 4 (25 %) présente des adénopathies fixées au premier examen. Ce chiffre est important et nous aurons l'occasion de souligner le caractère très péjoratif d'une telle constatation.

- 4) Il est cependant important de préciser que la présence d'adénopathies palpables au premier examen dans un pourcentage important de cas, traduit bien une fréquence et ne doit pas être interprétée comme témoignant de la précocité de l'envahissement ganglionnaire.

TABLEAU N° 6

	T_1	T_2	T_3	T_4	TOTAL
N_0	2	9	3	12	26 — 39 %
N_1		3	1	19	23 — 34 %
N_2	1				1 — 1 %
N_3		2	2	13	17 — 25 %
TOTAL :	3 — 5 %	14 — 20 %	6 — 9 %	44 — 66 %	67

- PROTOCOLE DE TRAITEMENT -

Le protocole thérapeutique prévu pour le cancer de la commissure inter-maxillaire était le suivant :

1) - Vis à vis de la tumeur :

- T_1 T_2 = exérèse chirurgicale à la demande,

- T_3 = exérèse chirurgicale large, comportant ou non la résection de l'angle de la mâchoire en monobloc,

- T_4 = soit exérèse chirurgicale d'emblée si elle est techniquement possible, soit radiothérapie transcutanée (3 000 r/t). On décide alors, en fonction des résultats obtenus :

. ou bien une éxérèse

. ou bien la poursuite de l'irradiation jusqu'à 6000 r/t,

. ou bien de s'en tenir là.

2) - Vis à vis des adénopathies

a) - N_0 = pas de curage ganglionnaire

b) - N_1 N_2 = curage ganglionnaire sous maxillaire bilatéral et jugulo carotidien homolatéral.

Si l'examen histologique de la pièce opératoire montre un envahissement ganglionnaire (N+), c'est l'indication d'une radiothérapie post-opératoire (s'il n'y a pas eu de radiothérapie transcutanée pré-opératoire ou si elle a été insuffisante).

REMARQUES :

1) - dans le cas où l'on fait l'exérèse chirurgicale de la T. primitive, on pratique l'exérèse ganglionnaire dans le même temps, si possible en monobloc.

2) - dans le cas où le 1er temps du traitement de la tumeur primitive est une radiothérapie transcutanée, on s'efforce d'englober les adénopathies dans le champ d'irradiation (3 500 r/t).

---

c) - N_3 = ou, plus précisément, $N_3(m)$

Radiothérapie transcutanée (3 500 r/t) si, à la suite de ce traitement, l'adénopathie est devenue mobile, l'on pratique un curage ganglionnaire. Dans le cas contraire, l'on pratique :

. soit une curiethérapie interstitielle

. soit une abstention thérapeutique en fonction du volume du reliquat.

Tel est donc le protocale qui était prévu pour le traitement des cancers de la C.I.M. et de ses adénopathies. En fait, une analyse détaillée des 71 dossiers témoigne d'un grand ecclectisme thérapeutique que ne peuvent expliquer à eux seuls les impondérables, les quelques cas de cancers traités en totalité ou en partie hors I.G.R. et les contre-indications diverses constamment rencontrées dans toute localisation.

La raison d'un tel eccléctisme réside sans doute dans l'absence de conviction et des chirurgiens et des radiothérapeutes vis à vis d'un protocole dont les chances d'efficacité semblaient limitées face à une localisation néoplasique particulièrement sévère. Et l'extrême diversité des indications thérapeutiques témoigne bien de leurs hésitations (lorsque la décision fut prise à l'I.G.R.).

Pour tenter de clarifier l'exposé du traitement mis en oeuvre dans les 71 cas qui nous intéressent, nous envisagerons successivement le problème de la tumeur, puis celui des aires ganglionnaires (il est bien entendu que nous n'envisagerons ici que le traitement initial de la tumeur, à l'exclusion de toutes récidives, celles-ci faisant l'objet d'un chapitre spécial).

oOo

1) - TRAITEMENT DE LA TUMEUR

Dans les 71 cas étudiés, l'on peut schématiser deux grands types de traitement vis à vis de la tumeur :

- la radiothérapie seule
- la chirurgie seule, ou associée à la radiothérapie

oOo

A - La radiothérapie seule

Elle fut utilisée dans 43 cas sur 71. Ces 43 cas appellent les deux questions suivantes :

1) QUEL FUT LE TYPE D'ENERGIE UTILISE PAR LES RADIOTHERAPEUTES ?

. dans 27 cas, ce fut le cobalt 60

. dans 4 cas, le cobalt 60 fut associé à une curiethérapie à l'Iridium 192

. dans 9 cas, ce furent les photons ou les électrons du Bétatron

. dans 2 cas, les photons du Bétatron furent associés à une curiethérapie à l'Iridium 192

. dans 1 cas, ce fut la radiothérapie conventionnelle 200 kv. (mais il s'agissait d'un traitement décidé et fait hors I.G.R.).

L'on peut s'étonner du faible nombre de cas où l'on a utilisé la Curiethérapie.

Ceci s'explique par le double fait qu'elle ne s'applique d'une part qu'aux lésions de faible étendue,

ce qui fut hélas peu fréquent et que, d'autre part, elle comporte un risque majeur d'ostéo-radionécrose en raison de la proximité du maxillaire inférieur.

2) QUELLES EN FURENT LES INDICATIONS ET QUELS BUTS SE PROPOSAIT-ELLE

a) Dans 29 cas, la radiothérapie fut utilisée à des doses considérées cancéricides (6 à 8 000 r.)

Mais, dans ces 29 cas, les indications ne reposèrent pas toujours sur des motivations identiques. Ainsi, l'étude des dossiers révèle que cette radiothérapie fut indiquée :

° 8 fois dans un but certes curatif

° mais 12 fois car l'état général ou l'âge récusaient la chirurgie

° 2 fois par refus de l'intervention

° 4 fois car l'extension locale interdisait la chirurgie.

° dans 3 cas enfin, la décision d'irradiation fut prise et appliquée hors I.G.R. (les malades n'ayant été vus à l'I.G.R. qu'à l'occasion d'une récidive).

b) Dans 8 cas, la radiothérapie fut indiquée dans un but strictement palliatif

° 2 fois par refus d'une opération prévue

° 4 fois devant une extension locale très importante

° 1 fois en raison d'un âge trop avancé

° 1 fois la malade fut perdu de vue en cours de traitement.

(trois d'entre eux reçurent une partie ou la totalité du traitement hors I.G.R.),

c) Dans 6 cas enfin l'on a utilisé l'association radiothérapie transcutanée puis une curiethérapie de surdosage

° dans 5 cas l'on utilisa l'Iridium 192

° dans 1 cas l'on utilisa l'Au 148

oOo

EN RESUME

Sur les 43 cas où la radiothérapie fut utilisée seule, 14 cas seulement représentent une indication à visée curatrice.

- les 8 cas où la décision prise par le Comité ne semble pas avoir été basée sur des contre-indications à la chirurgie,

- les 6 cas d'association radiothérapie transcutanée et curiethérapie de surdosage.

Le tableau n° 7 résume les indications de la radiothérapie à visée curatrice en fonction du T. de la classification T.N.M. :

TABLEAU N° 7

	T_1	T_2	T_3	T_4	TOTAL
Rx Transcutanée	1	2	1	4	8
Rx Transcutanée + Curiethérapie	1	2		3	6

oOo

B - La chirurgie seule ou associée à la radiothérapie

Elle fut utilisée dans 28 cas.

Son but, a priori, était curatif, mais il faut établir plusieurs distinctions :

a) d'une part, entre chirurgie majeure (type bucco-pharyngectomie trans-maxillaire) et chirurgie à minima (type exérèse au bistouri électrique ou résection muqueuse bucco-pharyngée). Une telle distinction se justifie :

° car les deux types de chirurgie différent considérablement dans leurs moyens techniques

° car si la première représente, en règle, le geste à visée curatrice majeure d'un protocole thérapeutique, la deuxième peut être considérée comme un acte d'appoint, de "sécurité" à un traitement antérieur.

b) d'autre part, entre les différentes séquences au sein desquelles elle s'est inscrite.

Le protocole prévu pour le cancer de la commissure inter-maxillaire était, nous l'avons vu, essentiellement chirurgical, et la radiothérapie n'était, en principe, indiquée que pour les T_4 non opérables. Très rapidement, en fait, le comité fut amené à ne pas le respecter, et ce, pour plusieurs raisons :

- car les contre-indications d'ordre général à une intervention chirurgicale étaient nombreuses,

- car, enfin, il n'emportait pas la conviction des chirurgiens et des radiothérapeutes devant une localisation au pronostic bien sévère.

De fait, sur 71 dossiers, la chirurgie ne fut utilisée, seule ou en association, que dans 28 cas. L'étude de ces 28 cas permet de distinguer 4 grandes modalités thérapeutiques :

oOo

1ère éventualité : la chirurgie d'emblée seule

Cette décision thérapeutique, parfaitement en accord avec le protocole prévu, est licite :

- lorsqu'il n'existe pas de contre-indications d'ordre général ou local, telle une extension trop importante,

- lorsqu'il existe une atteinte osseuse,

- lorsqu'il s'agit d'une forme ulcérée.

Une telle attitude fut observée dans 3 cas :

. dans un cas, il s'agissait d'un T_4 avec suspicion d'atteinte osseuse,

. dans un cas, d'un T_2 où la biopsie s'était révélée négative à plusieurs reprises, une large biopsie-exérèse se justifiait,

. dans un cas enfin, la décision fut prise et appliquée hors I.G.R. (le malade n'était examiné à l'Institut qu'à l'occasion d'une récidive).

oOo

2ème éventualité : chirurgie d'emblée suivie de radiothérapie

Cette radiothérapie post-opératoire est censée détruire les éléments néoplasiques laissés en place, en raison d'une résection tumorale jugée histologiquement insuffisante, ou lorsqu'un évidement ganglionnaire a révélé des adénopathies envahies avec rupture capsulaire.

Cette attitude fut respectée dans 3 cas :

- 2 fois pour résection tumorale insuffisante (dans 1 cas le malade arrêta de lui-même son traitement avant terme),

- 1 fois pour rupture ganglionnaire capsulaire.

3ème éventualité : radiothérapie pré-opératoire puis chirurgie

Dans son principe, la radiothérapie pré-opératoire ne s'appuie pas sur des bases physiopathologiques bien assurées, ce qui fait que les doses de radiations délivrées sont très variables car les intentions des utilisateurs peuvent être diverses. Quoi qu'il en soit, les principaux avantages de la radiothérapie pré-opératoire semblent les suivants :

- la tumeur peut régresser suffisamment pour que d'une opérabilité douteuse avant la radiothérapie, elle se situe après dans les limites de l'opérabilité,

- l'étendue de l'opération peut être réduite à l'occasion de la régression du volume tumoral et des cellules malignes en activité.

- la fréquence des récidives peut être réduite par l'irradiation préliminaire permettant une aseptisation des embols néoplasiques périphériques,

- enfin, un petit nombre de tumeurs avancées peuvent se montrer radiosensibles, justifiant pour certains des doses pré-opératoires de 5 500 r qui peuvent être considérées déjà comme cancéricides.

C'est dans le souci de faire bénéficier de ces quelques avantages un cancer particulièrement sévère qu'enfreignant le protocole prévu, l'on adopta une telle attitude dans 20 cas.

Le tableau n° 8 que nous verrons plus loin, fait le bilan de cette indication en fonction du T. de la classification T.N.M.

oOo

4ème et dernière éventualité : radiothérapie pré-opératoire, chirurgie, puis radiothérapie post-opératoire (technique dite "en sandwich")

Le principe d'une telle attitude thérapeutique découle des arguments cités plus haut.

Il est à noter, cependant, que dans les 2 cas où elle fut adoptée, cette attitude n'avait pas été envisagée de principe, et ce n'est qu'en fonction de l'examen histologique de la pièce opératoire qu'il fut décidé d'une irradiation complémentaire.

Telles sont donc les 4 grandes éventualités thérapeutiques et leurs motivations que l'on adopta. Une fois posée l'indication chirurgicale et la modalité de son association avec la radiothérapie, il restait à choisir entre une chirurgie majeure (type bucco-pharyngectomie trans-maxillaire) et une chirurgie mineure (type exérèse tumorale au bistouri électrique ou résection muqueuse bucco-pharyngée par voie buccale). Une telle décision fut prise essentiellement en fonction de deux éléments :

- le volume tumoral initial
- et la réponse de la tumeur à la radiothérapie pré-opératoire lorsqu'elle fut décidée.

Le tableau n° 8, qui résume les indications chirurgicales et radio-chirurgicales en fonction du T. de la classification T.N.M. permet les constatations suivantes ;

1) Il y eut 14 indications de chirurgie majeure, 14 indications de chirurgie mineure - mais leur répartition fut différente,

2) ainsi les 6 cas de T_1 et T_2 furent uniquement traités par une chirurgie à minima. Un septième cas de

chirurgie à minima pratiquée hors I.G.R. sans description clinique complète (et donc hors T) semble bien avoir également intéressé une tumeur de faible volume.

3) en revanche, les 21 cas de T_3 et T_4 furent traités de deux façons :

. dans 7 cas seulement, par une chirurgie à minima, mais celle-ci fut toujours précédée d'une radiothérapie à 4 500.

. dans 14 cas par une chirurgie majeure. Il est à noter que les 4 cas d'atteinte osseuse sans contre-indication chirurgicale d'ordre général ne furent traités que par une chirurgie majeure. Sur ces 14 cas, il s'est toujours agi d'une bucco-pharyngectomie trans-maxillaire.

oOo

TABLEAU N° 8

	CHIRURGIE MAJEURE					CHIRURGIE A MINIMA					TOTA
	T_1	T_2	T_3	T_4	T_4+	T_1	T_2	T_3	T_4	T_4+	
Chirurgie d'Emblée				1			1				2
Chirurgie d'Emblée puis Radiothérapie post-opératoire				1	1	1					3
Chirurgie après 4. 500 r.			1	6	3		4	1	5		20
Chirurgie précédée puis suivie de Radiothérapie				1					1		2
			1	13		1	5	1	6		27
TOTAL	14					13					27

REMARQUES : Ce tableau résume les indications chirurgicales et radio-chirurgicales prises en fonction du T. de la classification T. N. M. Il n'intéresse donc que les 27 cas (et non 28) où le malade ayant été vu initialement à l'I. G. R. une description clinique a été faite de façon détaillée.

2) - TRAITEMENT DES AIRES GANGLIONNAIRES

Le protocole prévu vis à vis des aires ganglionnaires comportait, nous l'avons vu, trois attitudes possibles selon que le malade était N_0, N_1, N_2, N_3. Il était cependant deux correctifs :

- dans les cas d'éxérèse chirurgicale de la T. primitive, l'on pratiquait une exérèse ganglionnaire dans le même temps, si possible en monobloc,

- si l'on décidait une radiothérapie transcutanée dans le premier temps l'on s'efforçait d'englober les adénopathies dans le champ d'irradiation (3 500 r/t.).

L'étude des 71 dossiers permet de dresser le bilan suivant :

oOo

1 - 26 malades étaient N_0 (sans adénopathies palpables)

Dans ce groupe de malades, l'attitude thérapeutique fut la suivante :

A. chez 19 malades, la radiothérapie tumorale a englobé les aires ganglionnaires jusqu'à 3 500 r.

B. chez 2 malades, ayant subi d'emblée une exérèse tumorale à minima, l'on s'est abstenu de tout traitement ganglionnaire,

C. 3 malades ont subi un curage sous maxillaire et sous-digastrique au cours d'une bucco-pharyngectomie transmaxillaire (qui, par principe, associe à l'exérèse tumorale ce type de curage d'où le qualificatif de "monobloc").

D. 2 malades ont subi un curage complet car l'extemporané pratiquée au cours d'une bucco-pharyngectomie transmaxillaire s'est révélée positive.

oOo

2 - 24 malades étaient classés $N_1 - N_2 - N_3$ (v) :

Là encore, le traitement des aires ganglionnaires s'est intriqué avec le traitement de la tumeur primitive.

A. 10 malades ont subi un traitement chirurgical

1 - 7 curages homolatéraux complets

° dans 3 cas après 3 500 r.

° dans 1 cas après 7 500 r.

° dans 3 cas après intervention monobloc ayant révélé des N_+

2 - 3 curages sous-maxillaires et sous-digastriques homolatéraux

° 1 d'emblée

° 2 après 3 000 r. lors des monoblocs.

B. 14 ont subi une radiothérapie de leurs aires ganglionnaires

- dans 4 cas à doses pallaitives (3 à 4 500 r. donc doses non cancéricides)

- dans 10 cas à doses curatrices.

oOo

3 - Enfin, 17 malades étaient classés N_3 (m) (adénopathies fixées)

A. 9 malades ont subi une radiothérapie de leurs aires ganglionnaires

° 4 à des doses palliatives (3 à 4 500 r.)

° 5 à des doses curatrices

B. 8 malades ont subi un traitement chirurgical

° 5 curages complets homolatéraux, tous après 3 à 4 500 r.

° 3 curages sous-maxillaires et sous-digastriques homolatéraux :

- 1 au cours d'un monobloc de rattrapage
- 2 après 4 500 r.

Le tableau n° 9 résume le traitemnnt appliqué vis à vis des aires ganglionnaires en fonction du N. de la classification T.N.M.

Les 23 cas de traitement chirurgical autoriseront une confrontation histo-clinique que nous verrons plus loin.

TABLEAU N° 9

	N_0	$N_1 - N_2$	N_3	TOTAL
Curages complets homolatéraux	2	7	5	14
Curages sous-maxillaires et sous-digastriques homolatéraux	3	3	3	9
Radiothérapie des aires ganglionnaires de 3 à 4 500 rad.	19	4	4	27
Radiothérapie des aires ganglionnaires à doses cancéricides		10	5	15
TOTAL :	24	24	17	

- ETUDE DE LA SURVIE -

En présentant le bilan à 3 ans d'une localisation cancéreuse, il est essentiellement 3 façons de présenter les résultats selon que l'on tient compte dans le dénombrement :

- de tous les dossiers, y compris les cas de cancers multiples, éventualité fréquente dans le domaine O.R.L., nous le verrons,

- de tous les cas de cancers isolés, examinés pendant la période donnée de 1960 à 1968 à l'Institut Gustave ROUSSY,

- ou seulement des cas de cancers isolés, ayant été complètement traités à l'Institut dans un but curatif.

La présentation des résultats en carcinologie se heurte en effet à un élémentaire problème de définition (... et d'honnêteté). Et nombreux sont les exemples où, pour une localisation néoplasique donnée, les résultats varient dans de surprenantes proportions selon la spécialité de celui qui les présente.

Tel spécialiste, par exemple, aura tendance à n'envisager le traitement du cancer que sous l'angle de sa spécialité et, bien souvent, il négligera dans son dénombrement les cas qui lui auraient échappé du fait de contre-indications diverses, liées à un état général déficient ou à une extension locale trop importante.

Tel autre, à l'inverse, est souvent amené à traiter des malades récusés par les premiers et n'omettra pas de les soustraire lors de la présentation des résultats, pour donner une idée plus exacte de sa technique, mais fausse du cancer.

Il importe, en carcinologie, d'envisager, lors de la présentation d'un bilan, les trois éventualités que nous avons énoncées au début du chapitre. C'est ce que nous allons faire pour les 85 cas d'épithélioma de la commissure inter-maxillaire.

oOo

Ière EVENTUALITE : L'ETUDE DE LA SURVIE ENGLOBE LES CAS DE CANCERS MULTIPLES

En toute honnêteté, cette façon de faire peut fausser l'appréciation que l'on peut fournir sur le pronostic du cancer de la commissure inter-maxillaire car, il est bien évident, par exemple, que les causes de décès ne peuvent être attribuées à la seule localisation qui nous intéresse.

La survenue d'une adénopathie pose le problème de son origine, le traitement lui même peut être modifié en fonction des thérapeutiques nécessitées par les localisations néoplasiques antérieures.

Néanmoins, la singulière fréquence de ces cancers multiples dans le cadre de cette étude, leur génie évolutif propre, justifient un chapitre à part que nous verrons plus loin.

oOo

IIème EVENTUALITE : L'ETUDE DE LA SURVIE PORTE SUR TOUS LES CAS DE CANCER ISOLES, EXAMINES DE 1960 A 1968 A L'INSTITUT GUSTAVE ROUSSY, A UN MOMENT QUELCONQUE DE LEUR EVOLUTION

Cette hypothèse de travail nous semble parfaitement logique pour établir un bilan honnête à 3 ans. Elle représente pratiquement la seule façon d'apprécier réellement le pronostic d'ensemble d'un cancer donné dans le cadre de la structure médicale actuelle.

Ainsi conçu, le bilan que nous allons présenter va porter sur 71 cas de cancer de la C.I.M., examinés à l'I.G.R. de 1960 à janvier 1968. Un tel recul permet un bilan à 3 ans.

Il a été possible, sans faire appel à la méthode actuarielle de pratiquer un bilan à 5 ans, portant sur les malades ayant été examinés à l'I.G.R. entre 1960 et janvier 1966. Un tel bilan portera alors, non sur 71 dossiers, mais sur 54.

oOo

1) - Bilan global à trois ans

Sur 71 cas, il existe 16 malades vivants à 3 ans, soit un pourcentage de 22 % de malades vivants à 3 ans.

Sur 16 malades vivants à 3 ans (c'est-à-dire en vie 3 ans après le début du traitement) :

° 13 malades étaient en bon état local et général

° 2 malades présentaient une récidive locale

° 1 malade était porteur d'une récidive ganglionnaire.

Dans le groupe de 55 malades supposés décédés, il y a 3 malades perdus de vue. - Nous croyons utile, à ce propos, de souligner le difficile problème que posent les cas perdus de vue. Malgré les importants moyens qui permettent à l'Institut Gustave ROUSSY de réduire au minimum le manque d'informations concernant les malades perdus de vue, il persiste cependant certains cas où il est impossible d'obtenir des renseignements sur leur état de santé ou leur décés éventuel. C'est ce qui se produit pour quelques malades étrangers, repartant chez eux après avoir subi le traitement à l'Institut. Il a été convenu, pour l'analyse des résultats, de les considérer comme étant décédés.

oOo

2) - Bilan global à cinq ans

Comme nous l'avons dit plus haut, un tel bilan va porter non sur 71 cas, mais sur les 54 malades ayant été examinés à l'Institut Gustave ROUSSY entre 1960 et Janvier 1966. Sur les 54 malades examinés, il existe 4 malades en vie, 5 ans après le début de leur traitement, soit un pourcentage de : 7 % de survie à 5 ans.

5 ans après leur traitement, ces 4 malades étaient en bon état local et général (un de ces 4 malades a présenté, 9 ans après sa première localisation, une récidive locale traitée par curiethérapie).

Autant qu'il soit possible de comparer ces deux groupes partiellement différents de malades, l'on constate donc que le taux de survie passe :

- de 22 % à 3 ans à 7 % à 5 ans

Il semble bien, d'ailleurs, que ce chiffre de 7 % soit plus expressif de la réalité, en raison de la fréquence des récidives locales et ganglionnaires - ce que nous verrons plus loin -.

Il est intéressant d'envisager cette étude globale de la survie à 3 ans sur le groupe des 71 cas et à 5 ans sur le groupe des 54 malades en fonction du T. et du N. de classification T.N.M. C'est ce que résument le tableau n° 10 et le tableau n° 11.

Une remarque doit cependant être faite : les tableaux 10 et 11 qui tiennent compte de la classification T.N.M. ne peuvent naturellement s'appliquer qu'aux cas ayant été examinés initialement à l'I.G.R. et ayant donc pu, grâce à une description clinique suffisante, être classé T.N.M., ce qui réduit le premier groupe de 71 cas à 67 et le deuxième groupe de 54 à 51.

La lecture de ces 2 tableaux permet les constatations suivantes :

- 1. il existe à 3 ans dne différence très nette du taux de survie entre les T_1, T_2 et les T_3, T_4 (53 % à 14 %)

- 2. cette différence est encore plus nette à 5 ans (27 à 2 %)

- 3. il semble donc que l'importance de l'extension tumorale au premier examen constitue un élément pronostique très important des cancers de la C.I.M.

- 4. la constatation d'adénopathies fixées au plan musculaire profond faisant classer les adénopathies N_3m revêt une importante pronostique plus grande encore. La lecture du tableau n° 10 révèle en effet une survie nulle à 3 ans.

oOo

Tel est donc le bilan global que l'on peut présenter concernant tous les cas de cancers isolés de la C.I.M. examinés à l'I.G.R. à un moment quelconque de leur évolution, ce qui sous-entend donc, répétons-le, les cancers traités hors I.G.R. et vus pour récidive, les cancers traités dans un but purement palliatif, les perdus de vue.

Un tel bilan est cependant utile pour apprécier la gravité d'ensemble d'un cancer donné.

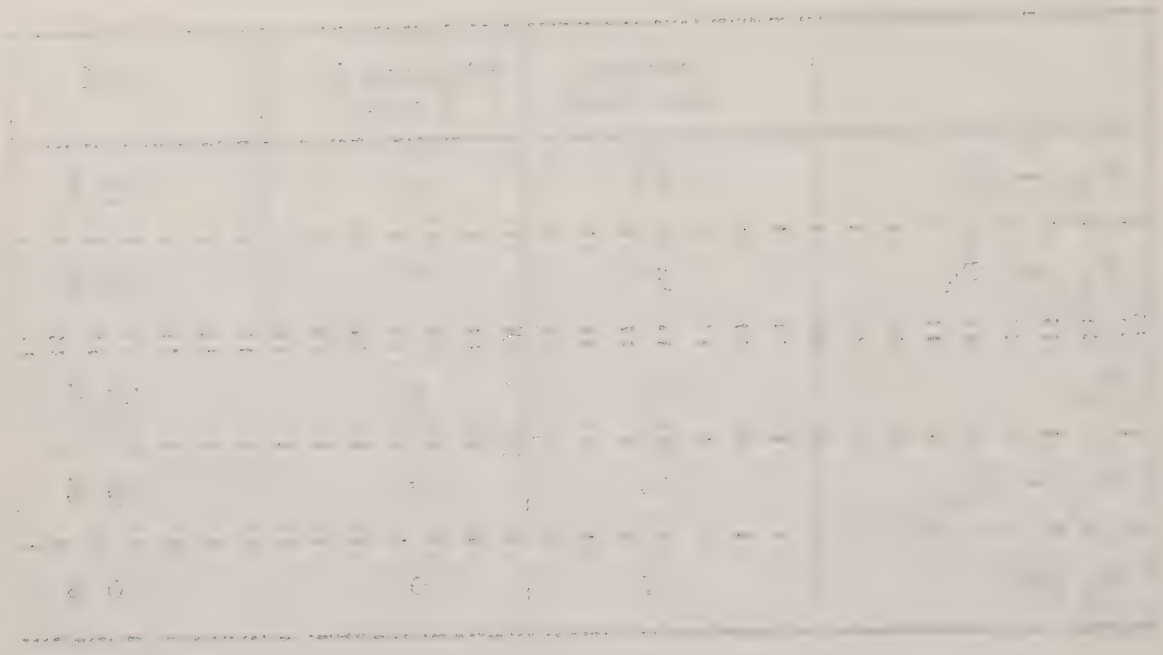
oOo

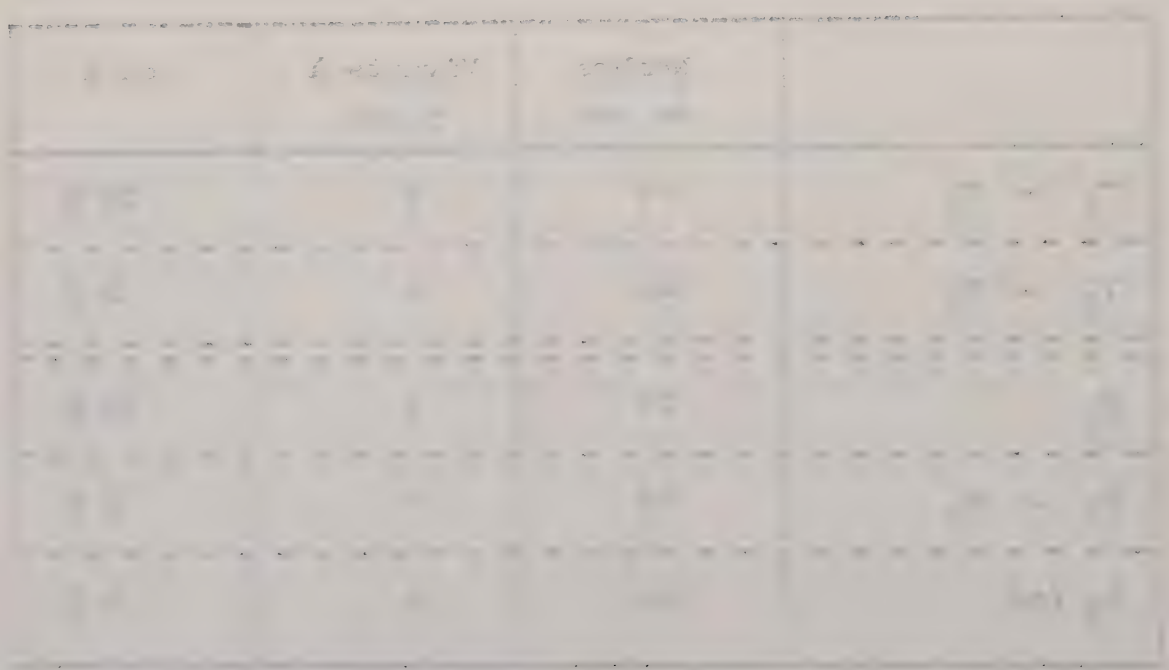
TABLEAU N° 10

	Nombre de cas	Vivants à 3 ans	en %
T_1 - T_2	17	9	53 %
T_3 - T_4	50	7	14 %
N_0	26	9	35 %
N_1 - N_2	24	7	29 %
N_3 (m)	17	0	0 %

TABLEAU N° 11

	Nombre de cas	Vivants à 5 ans	en %
T_1 - T_2	11	3	27 %
T_3 - T_4	40	1	2 %
N_0	21	3	14 %
N_1 - N_2	18	1	5 %
N_3 (m)	12	0	0 %





DERNIERE EVENTUALITE ENFIN : L'ETUDE DE LA SURVIE PORTE SUR LES SEULS CAS DE CANCERS ISOLES AYANT ETE COMPLETEMENT TRAITES A L'I.G.R. DANS UN BUT CURATIF

Cette hypothèse de travail est, à présent, nécessaire, si l'on veut réellement apprécier la qualité des indications thérapeutiques qui furent posées pendant 8 ans. Ceci impose que l'on élimine des 71 dossiers :

- les 18 cas traités par rayons à doses considérées certes cancéricides mais pour lesquels les indications de la radiothérapie reposaient sur des contre-indications chirurgicales,
- les 8 cas irradiés à titre purement palliatif,
- les 4 cas traités initialement hors I.G.R. et vus pour récidive,
- 1 cas d'association radio-chirurgicale où la malde cessa d'elle même son traitement.

Un tel bilan va donc porter sur des malades ayant reçu à l'I.G.R. un traitement complet à visée curative, soit :

- 14 cas traités par agents physiques
- 26 cas d'association radio-chirurgicale,

soit en tout : 40 cas

Nous envisagerons d'abord les résultats globaux puis les résultats détaillés en fonction du type de traitement.

oOo

I - RESULTATS GLOBAUX

oOo

A. Résultats à 3 ans

° sur les 40 cas, il existe 13 malades en vie à 3 ans, soit un pourcentage de 32 % de survie à trois ans.

° sur ces 13 malades en vie à 3 ans (c'est-à-dire 3 ans après le début de leur traitement :

- 11 étaient en bon état local et général (2 d'entre eux avaient présenté deux ans après le début du traitement initial une récidive locale traitée),
- 1 présentait une récidive locale
- 1 portait une récidive ganglionnaire

° pour les 27 décédés, le tableau n° 12 montre la durée de survie :

TABLEAU N° 12

0-6 mois	7-12 mois	13-18 mois	19-24 mois	2-3 ans	TOTAL
3	11	5	3	3	25

Le tableau n° 12 ne tient pas compte de 2 malades perdus de vue et donc considérés décédés, pour lesquels aucun renseignement n'a pu être obtenu.

- Les causes de décès sont les suivantes :

° Récidive locale 11
° Récidive ganglionnaire 4

° Récidive locale et ganglionnaire 2
° Récidive locale et métastases 2
° Affections intercurrentes 2
° Décès post-opératoires 2
° Sans précision et perdus de vue 4

L'on peut donc rapidement tirer les conclusions suivantes :

1. plus de la moitié des décès (14 sur 25) surviennent dans la première année,

2. les récidives locales isolées (11 cas), les récidives ganglionnaires isolées (4 cas) et leur association (2 cas) expliquent à elles seules près de 2 décès sur 3,

3. les métastases semblent en revanche assez rares.

oOo

B. Résultats à 5 ans

° sur les 40 malades ayant subi un traitement complet, à visée "curatrice", seuls 33 présentent un recul suffisant pour permettre une étude à 5 ans,

° sur ces 33 cas, il existe 4 malades en vie à 5 ans, soit un pourcentage de 12 % de survie à 5 ans,

° ces 4 malades étaient en bon état local et général à 5 ans (1 d'entre eux avait présenté, à 2 ans, une récidive locale traitée, un autre à 9 ans une récidive locale traitée également),

° les causes des décés entre 3 et 5 ans sont, pour les malades ayant un recul de 5 ans :

- Récidives locales 2
- Récidives ganglionnaires 1
- Sans précision 3

Il est intéressant d'envisager cette étude globale de la survie à 3 ans sur le groupe des 40 malades traités complètement et à 5 ans sur le groupe des 33 malades en fonction du T. et du N. de la classification T.N.M.

C'est ce que résument les tableaux numéros 13, 14 et 15.

oOo

TABLEAU N° 13

	VIVANTS A 3 ANS sur 40 cas	VIVANTS A 5 ANS sur 33 cas
T_1	1	
T_2	7	3
T_3	1	
T_4	4	1
N_0	8	3
$N_1 - N_2$	5	1
N_3	0	
TOTAL :	13/40	4/33

TABLEAU N° 14

SURVIE A 3 ANS

	N_0	N_1	N_2	N_3	TOTAL	
T_1	0/1		1/1		1/2	8/11
T_2	5/7	2/2			7/9	72 %
T_3	1/2			0/1	1/3	5/29
T_4	2/8	2/11		0/7	4/26	17 %
TOTAL	8/18	4/13	1/1	0/8	13/40	
	44 %	5/14	35 %	0 %		

TABLEAU N° 15

SURVIE A 5 ANS

	N_0	N_1	N_2	N_3	TOTAL	
T_1	0/1				0/1	3/8
T_2	2/5	1/2			3/7	37 %
T_3	0/2			0/1	0/3	1/25
T_4	1/7	0/10		0/5	1/22	4 %
	3/15	1/12		0/6	4/33	
TOTAL	20 %	8 %		0 %		

Les tableaux 14 et 15 permettent de tirer les conclusions suivantes :

- 1) le pourcentage de survies à 3 ans est relativement appréciable : 13 cas sur 40, soit 32 % de survie eu égard au pronostic de ces cancers considérés généralement comme désastreux,

- 2) ce taux de survie chute cependant brutalement puisqu'à 5 ans, il n'est plus que de 4 cas sur 33, soit 12 % de survie.

- 3) l'importance pronostique de l'extension tumorale et ganglionnaire apparaît de façon absolument évidente puisque :

° les T_1 T_2 ont à 3 ans un taux de survie de 72 %

° les T_3 T_4 en revanche, donnent 17 %

° les N_0 ont un taux de survie de 44 %

° contre 0 % de survie pour les N_3 (m) ce que nous savions déjà (tableaux numéros 10 et 11)

° les N palpables (soit N_1 + N_2 + N_3) ont globalement à 3 ans un taux de 22 %

- 4) ces chiffres sont tout aussi parlants à 5 ans :

° 37 % pour les T_1 T_2 contre 4 % pour les T_3 T_4

° 20 % pour les N_0 contre 5 % pour les N. palpables.

Tels se présentent donc les résultats globaux à 3 et 5 ans des cancers de la C.I.M. traités de façon complète à l'I.G.R. dans un but curatif.

Avant d'étudier les résultats détaillés en fonction du traitement, il semble intéressant de comparer les taux de survie à 3 et 5 ans d'une part de la totalité des cancers de la C.I.M. examinés à l'I.G.R. et d'autre part, des seuls cas traités dans un but curatif : c'est ce que permet le tableau n° 16 ci-après.

TABLEAU N° 16

	TAUX DE SURVIE A 3 ANS	TAUX DE SURVIE A 5 ANS
Totalité des cancers examinés à l'I.G.R.	22 %	7 %
Cancers traités à visée curatrice.	32 %	12 %

oOo

II - RESULTATS DETAILLES EN FONCTION DU TYPE DE TRAITEMENT

Ce bilan de 85 cas de cancers de la C.I.M. prend toute sa valeur pratique sil'on envisage les résultats détaillés en fonction du type de traitement. Sur les 40 cas de malades ayant subi à l'I.G.R. un traitement complet, nous allons analyser les résultats en fonction des différents modes de traitement appliqués, ce qui va "pulvériser" les résultats en plusieurs groupes :

- un premier groupe :
radiothérapie transcutanée puis curiethérapie de surdosage.

- un deuxième groupe :
radiothérapie transcutanée seule

- un troisième groupe :
chirurgie suivie ou non de radiothérapie

- un dernier groupe :
chirurgie après 4 500 r.

Dans tous les cas, il faut bien se garder de tirer des conclusions trop hâtives de la comparaison des résultats, car la répartition des malades n'est pas la même pour chacun des types. Néanmoins, nous tenterons, à la lumière de cette analyse, d'élaborer au terme de cette étude, un protocole de traitement susceptible d'améliorer les résultats.

Envisageons d'abord les résultats du traitement de la tumeur.

oOo

PREMIER GROUPE : RADIOTHERAPIE TRANSCUTANEE + CURIETHERAPIE DE SURDOSAGE

Ce groupe intéresse 6 cas :

° dans 5 cas, association de CO ou Photons du Bétatron (4 à 4 500 r.) + Iridium 192 (4 à 5 000 r.)

° dans 1 cas, association de 200 kv (4 000 r.) + Au 148 (5 000 r.)

Les résultats à trois ans sont les suivants (tableau n° 17)

- 2 survies dont l'une était en bon état local et général et l'autre avait présenté une récidive ganglionnaire un an après le traitement. Il est décédé & 39 mois ; soit en tout une survie à 3 ans de 33 %

- 4 décés dont les causes sont les suivantes :

° 2 récidives locales

° 1 récidive ganglionnaire

° 1 sans précision

Le tableau n° 17 permet les constatations suivantes :

° la curiethérapie de surdosage a entraîné 2 ostéo-radio-nécroses dont 1 seule avait une traduction clinique,

° les premiers résultats confirment l'importance du T. pour le pronostic de la lésion.

oOo

TABLEAU N° 17

T. N. M.	Type de Traitement	Résultat Traitement	Evolution	Survie	En vie à 3 ans
T_1 - N_2	Photons : 4.500_r I_{192} (G. V) 5.000_r	Persistance exulcération + empâtement S. Digastrique	R. A. S.		+
T_2 - N_O	Co = 4.500_r + I_{192} (G. V) 4. 725	Ostéoradio nécrose	Redux ganglionnaire traitée - 2e redux G. G		+
T_2 - N_O	Photons : 4.500_r + I_{192} (G. V) 4. 500	Aspect cicatriciel	R. A. S. décès sans précision	21 mois	
T_4 - N_O	Co = 4.500_r + I_{192} (G. V) 5. 000	Ostéoradio-nécrose + infiltration zone de jonction	B. P. T. M. pour aspect suspect. Résertion suffisante Redux locale	14 mois	
T_4 - N_1	200 kv : 4.000_r + Au : 5. 000	Non stérilisation	Reprise évolutive locale	12 mois	
T_4 - N_O	Co = 3.000_r + I_{192} (G. V) 4. 150	Aspect cicatriciel local	Redux ganglionnaire traitée par I_{192} - non stérilisé	9 mois	

N. B. L'abréviation B. P. T. M. signifie bucco-pharyngectomie trans-maxillaire.

DEUXIEME GROUPE / RADIOTHERAPIE TRANSCUTANEE SEULE

Ce groupe intéresse 8 cas dont l'histoire est résumée sur le tableau n° 18. Ce tableau permet les constatations suivantes :

° sur 8 malades, il existe 2 survies à 3 ans, toutes deux en bon état local, soit 25 %

° ici encore, l'importance pronostique majeure du T. et du N. de la classification se trouve confirmée,

° la radiothérapie transcutanée a entraîné à elle seule 5 ostéoradionécroses soit, proportionnellement plus que la curiethérapie de surdosage. L'une de ces ostéoradionécroses est responsable d'un décès car elle nécessita une ligature de carotide primitive fatale,

° dans 6 cas sur 8, la radiothérapie transcutanée a entraîné une disparition apparente de la tumeur. Les 2 cas de régression partielle concernaient des T_4.

Ainsi, si l'on envisage le résultat global à 3 ans des deux premiers groupes portant sur 14 cas traités par agents physiquessseuls à visée curatrice, l'on obtient :

4 SURVIES A 3 ANS SUR 14 MALADES : 28 % A 3 ANS

oOo

TABLEAU N° 18

T.N.M.	Type de traitem.	Résultats du Traitem.	EVOLUTION	Survie	En vie à 3 ans
T_2 - N_O	Co = 8.000 r.	Disparition des lésions	R.A.S.		+
T_2 - N_1	Co = 6.000 r.	Disparition T. ostéo-radio-nécrose	R.A.S. pendant 2 ans puis perdu de vue. Décédé sans précision		+
T_1 - N_O	Co = 7.500 r.	Disparition T.	2e localisation plancher controlatéral. Récidive locale 2 ans après	33	
T_4 - N_O	Co = 6.400 r.	Aspect cicatriciel	Ostéo-radio-nécrose. Redux locale probable	23	
T_3 - N_O	Co = 7.000 r.	Disparition lésion ostéo-radio-nécrose	Redux ganglionnaire 1 an après traitée, non stérilisée	20	
T_4 - N_O	Co = 6.000 r.	Régression partielle tumeur + ostéo-radio-nécrose	Non stérilisation obligeant une chirurgie majeure. Redux locale 6 mois après	17	
T_4 - N_3	Co = 7.500 r.	Régression partielle tumeur	Non stérilisation obligeant une chirurgie majeure. Redux locale	14	
T_4 - N_1	Co = 6.000 r.	Aspect cicatriciel	Ostéo-radio-nécrose très importante, nécessitant ligature carotide primitive. Décès par hémiplégie	9	

TROISIEME GROUPE : CHIRURGIE SUIVIE OU NON DE RADIOTHERAPIE

Ce groupe ne concerne que 4 cas que le tableau n° 19 résume. A 3 ans, il existe 3 malades en vie.

oOo

TABLEAU N° 19

T.N.M.	Type de traitement	Résection tumorale	EVOLUTION	SURVIE	En vie à 3 ans
$T_2 - N_0$	Exérèse simple Electro chirurgie :	Satisf.	R.A.S.		+
$T_4 - N_1$	B.P.T.M. + curage complet + cobalt post-opératoire	Satisf.	R.A.S.		+
$T_4 - N_1$ atteinte osseuse	B.P.T.M. + cobalt post-opératoire	Douteuse	2 ans après récidive locale traitée par I_{192} Va bien 3 ans plus tard. Décédé sans précision		+
$T_4 - N_0$	Chirurgie large	non satisf.	Récidive 5 mois plus tard. Cobalt = 3000 + B.P.T.M. Récidive 6 mois plus tard.	12 mois	

Ce tableau appelle les commentaires suivants :

- 1) dans la mesure où le faible nombre de cas autorise des conclusions valables, l'on peut admettre pour cette indication thérapeutique 75 % de bons résultats.

- 2) la qualité de la résection tumorale semble importante à apprécier, puisque les récidives locales ne sont observées que dans les cas de résection douteuse ou non satisfaisante. Il semble s'agir là d'un facteur important du pronostic, mais qui ne constitue pas un gage de sécurité suffisant comme nous le verrons plus loin.

oOO

QUATRIEME GROUPE : CHIRURGIE APRES RADIOTHERAPIE PRE-OPERATOIRE A 3 000 OU 4 500 R.

Ce dernier groupe est, de loin, le plus important puisqu'il comprend en tout 22 cas, dont 2 ont subi une irradiation post-opératoire :

- l'un pour résection tumorale non satisfaisante
- l'autre pour résection tumorale limite et adénopathies métastatiques.

Le tableau n° 20 résume les 22 observations de ce groupe, et permet les conclusions suivantes :

- 1) sur les 22 cas, il existe à 3 ans, 6 malades en vie, soit un pourcentage de 27 %.

Sur ces 6 malades en vie, 3 ans après le début de leur traitement, 5 étaient en bon état local (mais deux d'entre eux avaient, entre temps, présenté une récidive locale traitée), 1 présentait une récidive locale pour laquelle il refusa tout traitement.

- 2) pour ces 6 survies, la résection chirurgicale pratiquée avait toujours été considérée comme satisfaisante (hormis un cas où elle ne fut pas précisée). Dans 3 cas survint une récidive locale. Ces récidives semblent pouvoir s'expliquer :

° d'une part par la réelle difficulté qu'il y a à apprécier la qualité de la résection sur des pièces opératoires aussi complexes et difficiles à orienter,

° d'autre part, par le fait possible que la radiothérapie pré-opératoire gêne l'appréciation per-opératoire du reliquat tumoral, et fausse peut-être aussi, en partie, son examen histologique.

En tout état de cause, il semble bien comme nous l'avons dit plus haut, que si la qualité de la résection constitue un important facteur du pronostic, sa valeur n'est pas absolue.

- 3) sur ces 6 survies, la classification T.N.M. distingue :

° 3 T_2 - 1 T_3 - et 2 T_4 sans atteinte osseuse

° 5 N_0 et 1 N_1. Ce dernier a, d'ailleurs, justifié un curage complet, qui a révélé des adénopathies métastatiques avec rupture capsulaire. Nous aurons l'occasion de souligner plus loin la valeur indubitable de l'envahissement ganglionnaire pour le pronostic.

- 4) Il semble intéressant d'envisager le devenir de ces 6 malades au-delà de trois ans :

° 3 sont décédés : 1 de la récidive locale qu'il refusa de traiter

2 sans précision mais sans récidives locales semble-t-il

° 3 sont encore en vie : 1 a présenté 5 ans après sa première localisation une récidive locale, traitée par I_{192}

- 5) sur les 16 malades restants, il y a deux malades perdus de vue.

- 6) il existe donc, à 3 ans, 14 décès confirmés. La date de survenue de ces décès est précoce :

° 10 décès dans la première année,

° 2 décès dans la deuxième année,

° 2 décès dans la troisième année.

Sur ces 14 décès, la classification T.N.M. distingue :

° 1 T_2 N_0

° 1 T_3 $N_3 m$

° 12 T_4 (dont 1 N_0 - 5 N_1 - et 6 N_3 m)

Cette classification souligne donc bien l'importance pronostique des 12 T_4 et des 11 N. palpables.

Les causes des décès furent les suivantes :

- 4 récidives locales (dont 1 avec métastase)
- 4 récidives locales et ganglionnaires (dont 1 avec métastase)
- 2 récidives ganglionnaires
- 2 en per et post-opératoire
- 1 par affection intercurente
- 1 sans précision

La récidive locale et la récidive ganglionnaire semblent donc prédominer nettement.

Sur les 8 récidives locales

- 5 sont survenues sur des résections qualifiées histologiquement de limite ou non satisfaisante,

- 2 avaient semblé satisfaisantes,

- 1 n'avait pas été appréciée.

Sur les 6 récidives ganglionnaires

- 5 sont survenues sur des N_+ constatées lors du premier temps chirurgical d'une bucco-pharyngectomie trans-maxillaire et malgré le curage complémentaire, pratiqué dans 3 de ces 5 cas,

- 3 sont survenus sur des N_1 - 3 sur des N_3 m

Le décès post-opératoire

- est survenu au 3ème jour, lié à une complication

d'ordre général.

oOo

EN CONCLUSION

Il semble bien, après avoir étudié ces 22 indications de chirurgie après radiothérapie pré-opératoire, que le bien fondé d'une telle attitude n'apparaisse pas évident.

En effet, avec 27 % de survie à 3 ans, une telle association donne de moins bons résultats que la radiothérapie utilisée seule (28 %). Il importe cependant de rappeler qu'il n'est pas possible, en toute rigueur, de comparer les résultats obtenus avec ces deux types de traitement, qui s'appliquent ici à deux groupes non homogènes et différents.

oOo

TABLEAU N° 20

T. N. M.	TRAITEMENT	Résection	N	T complémentaire	EVOLUTION	DECES	Survie en mois	En 3 an après
T_2 - N_0	Bétatron = 4.500 + Résection Muqueuse	Satisfaisante		0	R. locale 2 ans après traitée			+
T_2 - N_1	Co = 4.500 r. Exérèse électro chirurg. curage complet.	Satisfaisante	N ⊕ R ⊕	0	R.A.S.			+
T_4 - N_0	Bétatron = 4.500 - Exérèse électro-chirurg. curage S.M. et S.D.	Satisfaisante	N ⊖	0	1 R. locale 9 ans après traitée			+
T_2 - N_0	Bétatron = 4.500 exérèse	Satisfaisante		0	R. locale deux ans + tard - reprise de traitement	sans précision		+
T_3 - N_0	Bétatron = 4.500 r. exérèse	Satisfaisante		0	Bon état local - état déficient	sans précision		+
T_4 - N_0	Bétatron = 4.500 r. exérèse	?		0	ostéo-radio-nécrose discrète	sans précision		+
T_4 - N_3	Bétatron = 3.000 r. + B.P.T.M.	?	N ⊖	0	R.A.S.	sans précision	31	
T_4 - N_3	CIA + Co = 4.500 r. chirurgie large + curage complet.	Limite	Séq. Méta +	0	2 R. locales successives + Méta. multiples	RL + Méta	30	
T_2 - N_0	Bétatron = 4.500 r. exérèse	Satisfaisante		0	R.A.S.	O.A.P.	16	

T. N. M.	TRAITEMENT	Résection	N	T complémentaire	EVOLUTION	DECES	Survie en mois	En vi 3 ans après
$T_4 - N_3$	Co = 4. 500 r. Exérèse curage complet	Satisfaisante	N ⊖	0	Redux locale 6 mois	Etat général	13	
$T_4 - N_1$	Co = 4. 300 r. B. P. T. M.	Limite	N ⊕	curage complet	RL et RG 4 mois après	en RL et G	12	
$T_3 - N_3$	Bétatron = 2. 900 r. B. P. T. M.	Satisfaisante	N ⊖	0	R. locale 4 mois après traitée	en RL	12	
$T_3 - N_3$	Bétatron = 4. 500 r. B. P. T. M.	Limite	N ⊖	0	R. locale 4 mois traitée	RL	12	
$T_4 - N_1$	Co = 3. 000 r. B. P. T. M.	Limite	N ⊕	curage complet	R. locale 3 mois traitée	en RL et RG	11	
$T_4 - N_1$	Bétatron = 3. 500 r. Exérèse T.	?		0	Métastase RL et RG	en RL et en RG	10	
$T_4 - N_3$	Co = 3. 000 r. B. P. T. M.	Limite	N + R +	Co post-opératoire	R. locale et RG	en RL et en RG	8	
$T_4 - N_3$	Co = 3. 000 r. B. P. T. M.	Satisfaisante	N + R +	Curage comp. + Co post-opératoire	RG 4 mois après	en RG	7	

T. N. M.	TRAITEMENT	Résection	N	T complémentaire	EVOLUTION	DECES	Survie en mois	En v 3 ans après
$T_4 - N_3$	Co = 3.000 r. B.P.T.M.	Satisfaisante	N + R +	Co post-opératoire	Poussée évolutive G par non stérilisation	en RG	4	
$T_4 - N_0$	200 kv = 3.000 r. B.P.T.M.					en post-opératoire 3e jour	2	
$T_4 - N_1$	Co = 3.000 r. Exérèse T. Curage complet	Satisfaisante	N -		Perdu de vue			
$T_4 - N_1$	Bétatron = 4.500 r. B.P.T.M.	Satisfaisante	+			en Per-opératoire	2	
$T_4 - N_1$	Bétatron = 4.500 r. Résection partielle	Non satisf.		Curie-théra. de contact	Perdu de vue			

TOTAL : 6

RESULTATS DU TRAITEMENT GANGLIONNAIRE

Nous envisagerons, à présent, les résultats du traitement appliqué vis à vis des aires ganglionnaires. Ce bilan ne portera que sur les malades ayant reçu, à l'institut un traitement "à visée curatrice", soit 40 malades.

Sur ces 40 malades, la classification T.N.M. distinguait :

- 18 N_0
- 14 N_1 N_2
- 8 N_3 m

Nous avons vu plus haut le protocole prévu en ce qui concerne les aires ganglionnaires. Rappelons cependant que :

- Pour les N_0 = aucun traitement chirurgical systématique n'était prévu,

- Pour les N_1 N_2 c'était l'indication du curage sous-maxillaire et jugulo carotidien homolatéral avec irradiation post-opératoire en cas d'envahissement histologique,

- Pour les N_3 m c'était l'indication d'une radiothérapie transcutanée suivie, si l'adénopathie devenait mobilisable, d'un curage ganglionnaire,

Il importe, cependant, de préciser que le siège de la C.I.M. et son traitement chirurgical, lorsqu'il fut pratiqué, autorisait l'exérèse ganglionnaire en monobloc avec l'exérèse tumorale.

C'est ainsi qu'au cours de la bucco-pharyngectomie transmaxillaire, l'on pratique systématiquement un curage sous maxillaire et sous-digastrique que l'on complète, en principe, 15 jours ou 3 semaines plus tard, d'un curage complet, si l'examen histologique trouve un envahissement ganglionnaire.

Une telle attitude explique que 5 N_0 aient subi un curage chirurgical.

Pour les N. palpables, et pour les 13 autres N_0, le traitement des aires ganglionnaires s'est intriqué avec le traitement de la tumeur primitive. Ce qui explique que le protocole prévu ne fut pas toujours respecté et que, dans nombre de cas, l'on utilisa une association radio-chirurgicale.

oOo

C'est ce que résumé le tableau n° 21

TABLEAU N° 21

TRAITEMENT		N_0	N_1 N_2	N_3	TOTAL
Abstention thrrapeutique		13			13
Curage complet	d'emblée		1		14
	après 3000 r.	2	5	5	
	après doses Kicides		1		
Curage s. maxillaire et sous-digastrique	d'emblée		1		9
	après 3000 r.	1	2	2	
	après doses Kicides	2		1	
Irradiation à doses cancéricides			1		1
Irradiation à doses palliatives			3		3
TOTAL :		18	14	8	40

Avant d'envisager les résultats chiffrés du traitement, rappelons les taux de survie en fonction des données de la clinique :

- pour 18 N_0 = 8 survie à 3 ans, soit 44 %
- pour 22 N. palpables (N_1 - N_2 et N_3) = 5 survies à 3 ans, soit 22 %

En fonction du traitement ganglionnaire, on obtient :

- a) sur les 5 N_0 opérés :
  - ° 1 survie à 3 ans en bon état
  - ° 1 décès post-opératoire
  - ° 3 décès par récidive tumorale locale
- b) Sur les 14 N_1 N_2, il faut distinguer :
  - . 10 cas opérés qui fournissent à 3 ans =
    - ° 4 survies en bon état local et ganglionnaire
    - ° 6 décès, mais aucun n'a présenté de récidive ganglionnaire (1 seul décédé d'une énorme récidive tumorale présentait une adénopathie sous angulo-maxillaire non contrôlée histologiquement)
  - . 4 cas irradiés =
    - ° 1 survie à 3 ans en bon état
    - ° 3 décès dont un en récidive locale et ganglionnaire
- c) Sur les 8 N_3 m :
  - . Il n'y a aucune survie à 3 ans.
    3 ont présenté une récidive ganglionnaire directement responsable du décès.

oOo

Ces chiffres sont trop faibles pour autoriser des conclusions valables. L'on peut cependant avancer les faits suivants :

1 - En ce qui concerne le traitement de N_0

l'on ne constate aucune récidive ganglionnaire sur les 5 N_0 opérés contre 3 chez les 13 N_0 non opérés.

La question se pose donc du bien fondé du curage systématique des N_0. Nous la reverrons plus loin.

2 - En ce qui concerne le traitement des N_1 N_2

l'attitude chirurgicale semble justifiée, compte-tenu de l'absence des récidives ganglionnaires après intervention.

3 - Enfin, vis à vis des N_3 m

l'on ne peut que confirmer la sévérité du pronostic des adénopathies fixées.

oOo

CONFRONTATIONS HISTO PATHOLOGIQUES ET CLINIQUE GANGLIONNAIRES

La pratique de 23 curages ganglionnaires cervicaux dont 14 complets, a permis une confrontation histoclinique intéressante de l'envahissement ganglionnaire des cancers de la C.I.M.

Rappelons (comme le montre le tableau n° 21) que ces 23 curages ont été effectués chez 5 N_0 - 10 N_1 N_2 et 8 N_3m.

Le tableau n° 22 va comparer, groupes par groupes, d'une part les ganglions décelés par l'examen clinique préopératoire (N_p) et, d'autre part, les ganglions histologiquement envahis (N_+).

oOo

TABLEAU N° 22

	SOUS-MAXILLAIRES	SOUS-DIGASTRIQUES	POSTERO INFERIEUR	TOTAL
N. Palpables	11	15	1	27
N. +	8	10		18
Rapport $\frac{N_+}{N_p}$	$\frac{8}{11}$	$\frac{10}{15}$		$\frac{18}{27}$
	72 %	66 %		66 %

Le tableau n° 22 permet de tirer les conclusions suivantes :

- les adénopathies sous-digastriques palpées par la clinique sont envahies 2 fois sur 3,

- les adénopathies sous-maxillaires sont également envahies dans une proportion importante de cas, 72 %. Ce qui est surprenant eu égard à la notion classique selon laquelle (dans le cas du plancher buccal, par exemple) 80 % des adénopathies sous-maxillaires sont banales. Il y a là un fait troublant que peut sans doute expliquer les connexions lymphatiques très étroites existant entre la C.I.M. et le groupe sous-maxillaire. De toutes façons, les chiffres sont trop faibles, pour permettre des conclusions valables.

Enfin, si l'on envisage le rapport total des ganglions histologiquement envahies et des ganglions palpables, l'on peut admettre que ces ganglions sont envahis dans les deux tiers des cas.

cOo

Le tableau n° 23 confronte d'une part les ganglions histologiquement envahis et d'autre part les 3 groupes de la classification T.N.M., 5 N_0 - 10 N_1 - N_2 et 8 N_3 m.

TABLEAU N° 23

	5 N_0	10 N_1 - N_2	8 N_3	TOTAL
N ⊖	4	4	3	11
N ⊕	1	6	5	12
TOTAL	5	10	8	23

Ce tableau appelle les commentaires suivants :

- 1) sur les 5 cas de N_0 opérés dans le cadre d'une buccopharyngectomie trans-maxillaire, il y a 1 cas de N+. Il s'agissait plus précisément d'un ganglion que les anatomopathologistes avaient qualifié de "douteux".

Ces ganglions "douteux" ainsi que les ganglions qualifiés de "séquelles de métastases" ont fait l'objet d'une étude de Y. CACHIN et R. GERARD-MARCHANT, qui ont étudié les survies comparées de 3 groupes de malades :

° un premier groupe N(-) (c'est à dire histologiquement non envahis),

° un deuxième groupe N "douteux" ou "séquelles de métastases"

° un troisième groupe N(+) R(-) (c'est à dire histologiquement envahis, mais sans rupture capsulaire).

Les résultats statistiquement contrôlés, ont révélé un pourcentage de survie à 2 ans relativement bon pour les N(-) mais qui chute de façon parallèle pour les 2ème et 3ème groupes. Ce qui tend à démontrer que ces ganglions qualifiés par l'anatomopathologiste de "douteux" ou de "séquelles de métastases" (il s'agit en ce cas de ganglions ayant été irradiés) doivent être considérés comme ayant la même valeur pronostique que les ganglions histologiquement envahis.

- 2) Sur les 10 cas de N_1 N_2 opérés comme le prévoit le protocole thérapeutique, il y a 6 cas de ganglions histologiquement envahis. Ceci concorde avec les données du tableau précédent selon lesquelles les adénopathies palpables seraient histologiquement envahis dans les deux tiers des cas.

Comme nous le verrons plus loin, il y avait 2 ruptures capsulaires pour les 6 cas de ganglions envahis.

- 3) sur les 8 N_3 m opérés, il y a 5 cas d'envahissement histologique avec une rupture capsulaire dans 4 de ces

cas. Dans les 3 cas où l'examen histologique s'est révélé négatif, il faut préciser que les malades avaient reçu une irradiation pré-opératoire susceptible d'expliquer peut-être la stérilisation des ganglions.

oOo

Il reste à étudier la valeur pronostique de la rupture capsulaire. Le nombre de cas est évidemment trop faible pour tirer des conclusions quelconques. Néanmoins, l'on peut constater que, sur les 12 malades présentant des ganglions envahis histologiquement, 6 d'entre eux présentaient une rupture capsulaire.

L'on sait depuis l'étude statistique menée à l'I.G.R. sur 948 pièces opératoires de curages ganglionnaires, que la rupture capsulaire constitue un facteur pronostic important et qu'à la classique distinction entre N - et N + (ganglions non envahis et ganglions envahis), il semble souhaitable de substituer une classification en 3 catégories :

- ° N⊖ = ganglions envahis
- ° N⊕ R⊖ = ganglions envahis, sans rupture capsulaire
- ° N⊕ R⊕ = ganglions envahis avec rupture capsulaire.

Nous avons donc établi un bilan à 3 ans, en fonction de ces 3 catégories portant sur les 23 curages pratiqués.

C'est ce que résume le tableau n° 24

TABLEAU N° 24

	NOMBRE TOTAL	EN VIE A 3 ANS
N -	11	3
N + R -	6	0
N + R +	6	2

Ce tableau fournit des résultats qui vont un peu à l'opposé de ce que l'on pouvait attendre. Il semblerait en effet que la rupture capulaire ne soit pas un facteur de mauvais pronostic.

En fait, un point est évident : le trop faible nombre de cas ne permet aucune conclusion valable.

oOo

- LES RECIDIVES -

Nous n'envisagerons ici que les récidives survenues chez les malades ayant reçu à l'I.G.R. un traitement complet "à visée curatrice", soit 40 cas.

Sur ces 40 cas, deux furent perdus de vue. Et sur les 38 malades que l'on a pu suivre, 24 ont présenté soit une récidive locale, soit une non stérilisation avec reprise du processus évolutif, soit une récidive ganglionnaire, soit une association de ces causes d'échec.

Le tableau n° 25 donne sur les 38 cas les chiffres et pourcentages des causes d'échec :

TABLEAU N° 25

° Récidive locale	14	..soit.36 %
° Récidive ganglionnaire	5	..soit 13 %
° Récidive locale et ganglionnaire ..	4	..soit 10 %
° Reprise évolutive immédiate	1	

oOo

1) - Les récidives locales

Elles ont été observées dans 14 cas et viennent nettement en tête des causes d'échec, surtout si l'on y ajoute les 4 cas où elles furent associées aux récidives ganglionnaires.

° Leur délai d'apparition est le plus souvent rapide :

- survenue avant 1 an ..... 7 cas
- survenue entre 1 et 2 ans ..... 4 cas
- survenue entre 2 et 3 ans ..... 2 cas
- survenue à 9 ans ..... 1 cas

° Elles sont survenues dans les 3 types de groupes thérapeutiques

- groupe traité par radiothérapie seule .. 5 cas
- groupe radiothérapie pré-opératoire + chirurgie ..... 8 cas
- groupe chirurgie d'emblée + radiothérapie post-opératoire ..... 1 cas

° Les 9 cas appartenant aux deux derniers groupes chirurgicaux avaient subi une résection chirurgicale que l'anatomo pathologiste avait jugée :

- bonne : dans 5 cas
- limite : dans 4 cas

° Les 14 récidives locales avaient été différemment traitées :

- 1 buccopharyngectomie de rattrapage
- 1 exérèse électro-chirurgicale
- 5 curiethérapies interstitielles à l'Iridium 192
- 7 traitements palliatifs, voire une abstention thérapeutique.

Dès lors, sur ces 14 récidives locales traitées, l'on obtient les résultats suivants :

- 12 malades décédés :

° 1 sans précision, 25 mois après la récidive,

° 11 par l'extension tumorale :

. 8 dans l'année de la récidive

. 3 entre 1 et 2 ans plus tard

- 2 malades vont bien :

. l'un à 5 ans

. l'autre à 6 mois.

Il ressort donc les points suivants :

- les récidives locales représentent la grande cause d'échec thérapeutique,

- elles surviennent tôt, la moitié avant 1 an,

- la qualité de la résection tumorale ne semble pas constituer un argument de sécurité très net,

- dans la moitié des cas, elles sont au-dessus de toute ressource thérapeutique,

- elles semblent bien en rapport avec l'importance de l'extension tumorale initiale - 11 étaient des T_3 T_4 - 3 des T_1 T_2 ce qui, rapporté au nombre de T_1 T_2 et T_3 T_4 donne 37 % de récidives chez les T_3 T_4 contre 27 % chez les T_1 T_2.

oOo

2) - Les récidives ganglionnaires

Elles furent responsables des échecs dans 5 cas - et toujours elles survinrent avant 1 an.

° Dans 3 cas, elles survinrent chez des N_0 appartenant tous trois au groupe traité par radiothérapie seule, ayant donc reçu 3 500 r. sur leurs aires ganglionnaires,

° Dans 2 cas, elles survinrent chez des N_3m faisant partie du groupe radiothérapie pré-opératoire puis chirurgie.

Dans les 5 cas, un curage complet avait révélé des N ⊕ avec rupture capsulaire.

° Les 3 récidives survenues sur les N_0 furent traitées par curiethérapie interstitielle ganglionaaire.

° Les 2 récidives survenues chez les N_3 m furent traitées l'une par Co à 6 000 r. l'autre de façon palliative.

Quoi qu'il en soit, ces traitements se sont soldés par des échecs puisque tous sont décédés pour 4 d'entre eux à 1, 4, 6 et 9 mois, pour le dernier à 26 mois.

oOo

3 - <u>Dans 4 cas, récidives locales et ganglionnaires furent associées</u>

Ces 4 cas répondent tous à des T_4 (1 N_0 - 2 N_1 - 1 N_3m). Elles survinrent très rapidement dans les 3 à 4 mois qui suivirent la mise en route du traitement.

Ces 4 cas survinrent tous dans le groupe d'association radio-chirurgicale.

° Dans 3 cas, la résection tumorale chirurgicale avait été qualifiée histologiquement de non satisfaisante. Dans le dernier cas, elle n'avait pas été précisée.

Traités de façon purement palliatives, ces 4 cas sont décédés rapidement dans les 6 mois.

oOo

4) - Il reste un cas où l'on ne peut parler à proprement de récidive locale, mais bien plutôt d'une non stérilisation totale, avec poursuite évolutive au décours même du traitement. Il s'agissait d'un T_4 N_1 traité par radiothérapie conventionnelle à 4 500 r. puis par curiethérapie interstitielle à l'Au 148.

Il décéda dans les 6 mois.

oOo

- LES METASTASES -

L'on ne peut être qu'étonné de ne trouver chez les 71 malades que 3 cas de métastases. Encore d'ailleurs, faut-il préciser que l'une de celles-ci fut découverte d'autopsie, car elle ne possédait aucune traduction clinique.

° Dans 1 cas, il s'agissait donc d'une métastase pulmonaire de la base gauche,

° Dans l'autre cas, l'autopsie révéla des métastases pulmonaires bilatérales rachidienne, thyroïdienne et endo-trachéale,

° Enfin, dans le dernier cas, le malade ayant été renvoyé chez lui après un traitement palliatif, son médecin signala dans une lettre la présence d'une métastase sacro-illiaque droite.

Dans l'ensemble, il semble donc bien que les métastases soient très rares dans cette localisation : 4 %. Il convient cependant de rappeler à nouveau que le nombre trop faible d'autopsies ne permet aucune conclusion valable à ce sujet.

oOo

- LA CHIRURGIE DE RATTRAPAGE -

Sous le terme de "chirurgie de rattrapage", il faut entendre tout acte chirurgical majeur entrepris devant une récidive tumorale ou devant un échec thérapeutique évident, survenant chez un malade ayant déjà reçu un traitement complet par irradiations à des doses supposées cancéricides et dans un but curatif. Il s'agit, en quelque sorte, d'un traitement de la "dernière chance" offert à un malade pour lequel il n'existe plus aucune autre ressource thérapeutique.

Ainsi comprise, cette chirurgie de rattrapage fut proposée à 5 malades :

- dans 2 cas, il s'agissait de malades vus et traités initialement hors I.G.R. et examinés dans le service pour une récidive tumorale,
- dans 3 cas, il s'agissait respectivement de 2 T_4 N_0 et d'un T_4 N_3

L'intervention chirurgicale décidée, la seule d'ailleurs qui puisse être proposée, fut, dans les 5 cas, une bucco-pharyngectomie trans-maxillaire.

Le tableau n° 26 résume certains éléments des 5 cas et permet les commentaires suivants :

- 1) il apparaît de façon évidente que la chirurgie de rattrapage n'obtient que des échecs puisqu'il n'existe aucune survie à 3 ans après l'intervention.

- 2) les 5 cas de chirurgie de rattrapage ont tous présenté une récidive locale en règle très précoce, malgré une résection qualifiée satisfaisante dans 3 cas. Il se confirme donc que la qualité de cette résection, si elle constitue à la rigueur une satisfaction chirurgicale, ne représente pas un gage de sécurité suffisant.

Ceci est peut-être lié, répétons-le, au fait que tous ces malades avaient été irradiés et que la radiothérapie, surtout à des doses cancéricides, gêne considérablement l'appréciation per-opératoire et histologique de la résection chirurgicale.

- 3) il reste cependant que ces chiffres sont trop faibles pour condamner une intervention qui, répétons-le, constitue de toutes façons, la seule chance éventuelle de survie pour ces malades.

oOo

TABLEAU N° 26

T. N. M.	Traitement Ant.	Qualité de la résection chirurg.	N. R.	Evolution	Décès	Survie après chirurg. rattrap.	En vie 3 ans après
hors T. N. M.	Exérèse électo-chirurgic. + curage complet + irradiation post-opér.	Satisfaisante	N -	Récidive fosse temporale plus tard traitée par Co = 7. 500 r. - 2e récidive face intérieure de joue	en récidive locale	17 mois	
hors T. N. M.	Irradiation à doses non précisées	Non précisée	N +	Récidive locale au 50e jour de l'opération	en R. L.	2 mois	
T_4 - N_O	Cobalt 6. 500 r.	Satisfaisante	N -	Récidive locale 6 mois après l'intervention	en R. L.	9 mois	
T_4 - N_O	Co = 4. 500 r. + I_{192} = 5. 000 r.	Satisfaisante	N -	Récidive locale 4 mois après l'opération	en R. L.	10 mois	
T_4 - N_3	Co = 7. 500 r.	Limite	N + R +	Récidive locale 4 mois après l'opération	en R. L.	11 mois	

- LES AUTOPSIES -

Sur un total de 71 cas d'épithélioma de la C.I.M. il n'y eut que 5 autopsies pratiquées. Ce qui représente 7 % des cas, chiffre trop faible pour autoriser des conclusions valables.

Les 5 malades autopsiés étaient décédés, pour 2 d'entre eux, en récidive locale, pour les 3 autres, dans un tableau de défaillance cardiorespiratoire, sans récidive locale évidente.

° Pour les 2 premiers, l'autopsie découvrit le carcinome épidermoïde de la C.I.M. avec importante extension loco-régionale. Dans l'un des 2 cas, elle découvrit des métastases diffuses, pulmonaires, rachidiennes, thyroïdiennes et endotrachéale.

° Pour les 3 derniers, l'autopsie dans l'un des cas découvrit une deuxième localisation pulmonaire de la bronche gauche avec métastase pleurale et costale, mais aucun signe histologique de récidive locale.

En résumé, sur les 5 autopsies pratiquées, deux d'entre elles découvrirent des métastases ou une deuxième localisation néoplasique ; ce qui souligne assez l'intérêt qu'il y aurait à les pratiquer le plus souvent possible. Malheureusement, ceci n'est guère réalisable, ne serait-ce que parce que dans nombre de cas, le malade meurt ailleurs qu'à l'Institut.

oOo

- LES CANCERS MULTIPLES -

Nous avons souligné, au début de ce travail, la singulière fréquence avec laquelle le cancer de la C.I.M. se trouvait associé avec d'autres localisations néoplasiques de la sphère O.R.L.. Une telle constatation justifiait un chapitre spécial dans cette étude.

I - DEFINITION DES CANCERS MULTIPLES

Comme l'a souligné Y. CACHIN dans son travail sur les cancers des V.A.D.S. à localisations multiples, il est deux définitions possibles du cancer multiple :

1) - ou bien la coexistence ou la succession de 2 cancers histologiquement différents, expression différente de la maladie cancéreuse, le critère étant l'examen histologique. Une telle définition restreint la notion de cancers multiples à des cas relativement rares.

2) - ou bien l'on entend par cancers multiples, la coexistence ou la succession de plusieurs localisations cancéreuses ayant, ou non, le même type histologique.

Cette définition plus large a l'accord de la majorité des carcinologues, et c'est elle que nous utiliserons ici, en sachant qu'elle exclut donc :

- les métastases incontestables, ganglionnaires ou à distance,

° les récidives locales (in situ),

° les manifestations néoplasiques multiples d'une maladie de système (type lymphome ou myélome).

oOo

Ceci posé, nous avons dénombré sur les 85 dossiers d'épithélioma de la C.I.M., 16 cas de cancers multiples, soit 19 %. Un tel chiffre est très nettement supérieur au pourcentage moyen de cancers multiples des voies aéro-digestives supérieures, qui varie de 4 à 10 % pour la majorité des auteurs. Il se rapproche, en revanche, des données de la statistique de MOERTEL, qui révèlent pour les cancers de la cavité buccale un taux de 16,3 % (contre 3,6 % pour les cancers du larynx par exemple).

Il semble donc se confirmer que le pourcentage de cancers multiples varie en fonction de la localisation et qu'il augmente singulièrement en ce qui concerne les épithéliomas de la cavité buccale.

Nous ne reviendrons pas ici sur les nombreux problèmes que soulève la fréquence des cancers régionaux multiples des V.A.D.S., Y. CACHIN avait déjà souligné les causes favorisantes susceptibles d'expliquer une telle éclosion de cancers multiples, en rappelant l'importance des facteurs irritatifs dans cette région, et l'existence fréquente de kératoses multiples de la cavité buccale. Il avait encore insisté sur le fait que l'apparition d'un cancer des V.A.D.S. comporte un risque accru de voir se développer un deuxième cancer.

oOo

II - SIEGE DES LOCALISATION ASSOCIEES

Ces 16 cas de cancers multiples représentent 20 localisations associées à un épithélioma de la C.I.M. et dont le tableau n° 27 dresse la liste.

TABLEAU N° 27

° Plancher buccal	3	(° X +)
° Oesophage	3	(X X X)
° Sinus piriforme	3	(° ° °)
° C.I.M. contre-latérale	2	(X +)
° Voile	1	(X)
° Hemi base langue	1	(X)
° Epiglotte	1	(°)
° Sillon glossoamygdalien	2	(° X)
° Massif facial	1	(X)
° Rein	1	(X)
° Vessie	1	(°)
° Ep. baso cellulaire cutané sous-orbitaire	1	(+)

NOTES EXPLICATIVES :

Les points ° : localisation ayant précédé la localisation inter-maxillaire

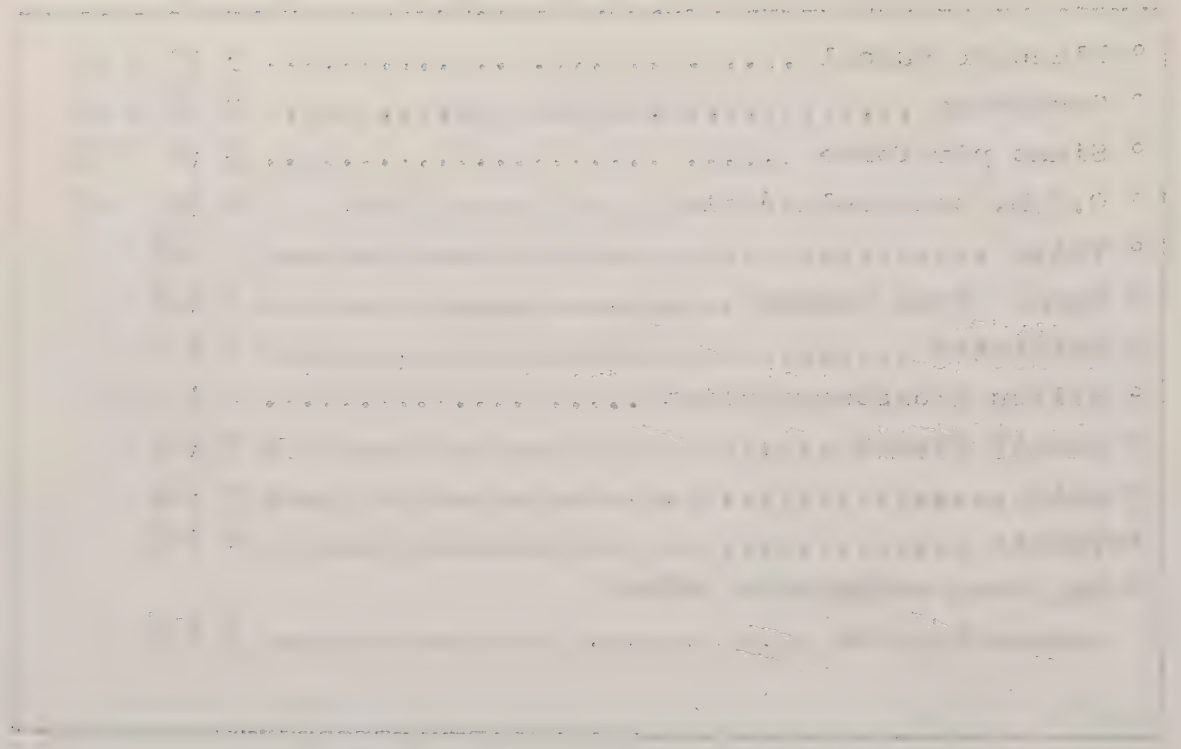
Les croix X : localisation simultanée à la localisation C.I.M. (dans les 6 mois)

Les croix + : localisation ayant succédé à la localisation C.I.M.

Un tel tableau appelle les commentaires suivants :

- 13 localisations sur 20 intéressent la cavité buccale et le pharyngo-larynx, soit 65 %.

- sur ces 20 associations, 3 concernent l'oesophage, soit 15 %.



Le faible nombre de cas ne permet naturellement pas de tirer des conclusions statistiquement valables, mais un tel pourcentage est sensiblement supérieur à celui admis pour l'ensemble des cancers multiples de la sphère O.R.L., c'est-à-dire 7,7 %.

- hormis un cas où une localisation oesophagienne s'était propagée, à la trachée, il n'existe pas d'association avec un cancer broncho-pulmonaire.

oOo

III - SIMULTANEITE ET SUCCESSION DES LOCALISATIONS MULTIPLES

oOo

A - Sur ces 20 localisations néoplasiques associées, nous en avons dénombré :

° 10 simultanées

° 10 successives, et parmi celles-ci, 7 avaient précédé la localisation C.I.M., 3 l'avaient suivie.

- Parmi les 10 localisations simultanées, 8 intéressaient les voies aéro-digestives supérieures.

- Sur les 10 localisations successives :

. dans 5 cas, le 2ème cancer était plus haut situé que le 1er,
. dans 3 cas, il intéressait la même région,
. dans 2 cas, enfin, il s'agissait d'une localisation très à distance (rein et vessie).

Ces chiffres sont naturellement beaucoup trop faibles pour tirer des conclusions quelconques quant à la pathogénie des localisations multiples des V.A.D.S. et du processus cancéreux en général. Il semble cependant que trois mécanismes soient possibles :

a) la métastase par diffusion lymphatique sous muqueuse

Un tel mécanisme, acceptable quand il s'agit de cancers simultanés ou de cancers se succèdant à court intervalle, semble difficile à incriminer quand les deux localisations sont très lointaines.

b) La greffe par transplantation mécanique

Evoquée lorsque les deux localisations sont en contact permanent ou en frottement constant lors des mouvements de mastication ou de déglutition, cette hypothèse est difficilement acceptable quand l'intervalle entre les deux localisations est très long (ce qui supposerait que la tumeur, une fois greffée, reste enclose et non évolutive durant plusieurs années).

c) Enfin, et surtout, l'apparition d'un nouveau cancer

Cette théorie de la multi-focalité de la maladie cancéreuse semble être la plus plausible dans cette région soumise aux mêmes facteurs étiologiques. Et les quelques cas que nous rapportons dans cette étude semblent militer en faveur de ce mécanisme.

oOo

B - Durée d'intervalle entre deux localisations successives.

Le tableau 28 résume ces durées.

TABLEAU N° 28

de 6 mois à un an	de 1 à 2 ans	de 2 à 3 ans	de 3 à 4 ans	de 4 à 5 ans	de 5 à 10 ans
4	2	1	2	0	1

Il ressort de ce tableau deux faits :

1) - Le nombre important d'intervalles courts : dans 60 % des cas (6 cas sur 10), l'intervalle est de 6 mois à 2 ans.

2) - Un cas de cancer est survenu 9 ans après la première localisation. Il s'agissait d'un cancer du plancher buccal antérieur gauche traité par radiumpuncture en 1955 et qui présentait, en octobre 1964, une lésion de la C.I.M. gauche. Devant un tel délai, on ne peut cependant soulever l'hypothèse d'un radiocancer car la C.I.M. était en dehors du champ d'irradiation des rayons.

oOo

C - Multiplicité des cancers

Sur les 16 cas de cancers multiples, l'on a observé :

° 13 cas de cancers doubles

° 2 cas de cancers triples

. 1 C.I.M. + 1 massif facial puis 1 oesophage

. 1 sinus piriforme, 1 C.I.M. + 1 oesophage

° 1 cas de cancer quadruple

. 1 sinus piriforme, 1 C.I.M. gauche, 1 C.I.M. droite,

. 1 hémi-base de la langue.

oOo

D - Cancers symétriques

Sur les 16 dossiers, nous avons relevé 2 cas de cancers symétriques, l'un simultané, l'autre un an près, mais il n'est pas possible d'en tirer de conclusions quelconques.

E - Sexe

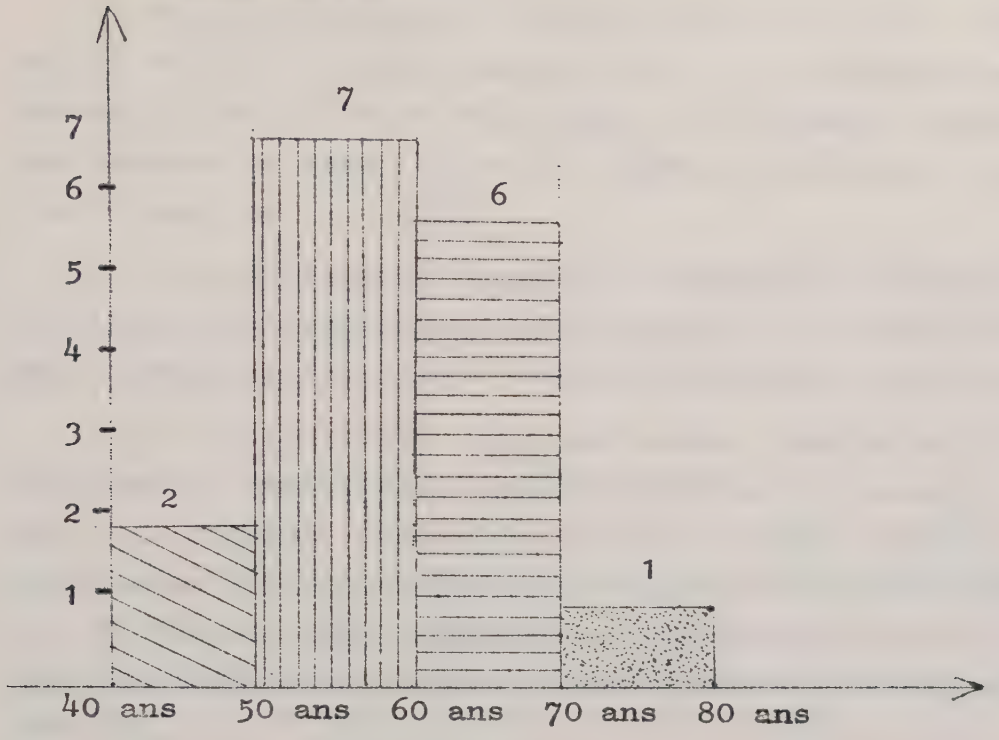
Dans tous les cas, il s'est agi d'hommes. Ceci corrobore la constatation de Y. CACHIN, qui avait déjà souligné le pourcentage particulièrement peu important de femmes présentant des cancers multiples, comparé à celui de femmes présentant des cancers des V.A.D.S., qui se situe aux alentours de 5 %.

oOo

F - Age

L'âge retenu étant celui que présentait le malade lors de son premier cancer, le tableau suivant résume la répartition de cancers multiples. Il ne révèle aucun élément particulier.

TABLEAU N° 29



G - Formes histologiques

Il s'est toujours agi d'épithélioma malpighien de type spinocellulaire. Hormis 3 cas :

° 1 épithélioma baso-cellulaire cutané

° 1 épithélioma de la vessie

° 1 épithélioma du rein.

oOo

H - Conclusions de l'autopsie

Sur les 16 cas de cancers multiples, une seule autopsie a été pratiquée. Elle a permis de découvrir une 3ème localisation néoplasique. Il s'agissait d'un cancer de la C.I.M. gauche, déclaré en mars 1967, suivi d'un cancer de l'infrastructure du massif facial, en août 1967 et décédé en septembre 1967.

I - Les métastases

Faute d'autopsies sysmématiques, et compte tenu du faible nombre de cas présentés ici, il est naturellement impossible d'apprécier réellement la fréquence exacte de ces métastases dans le cas des cancers multiples, associés à un cancer de la C.I.M.

Et l'on sait que nombre de métastases pulmonaires, hépatiques ou surrénales infracliniques, ne sont décelées que par l'examen histologique complet des pièces de nécropsies.

Si on se limite donc aux seules données de la clinique et des examens complémentaires, et lorsque l'on sait que la seule autopsie pratiquée n'avait révélé aucune métastase, l'on est cependant frappé de constater que, sur ces 16 cas de cancers multiples représentant au total 36 localisations néoplasiques, l'on a décelé qu'une seule métastase :

° il s'agissait d'une double métastase osseuse de l'omoplate gauche et de la 3 ème lombaire, en rapport très certainement avec un cancer du rein, associé, et non avec celui de la C.I.M.

Y. CACHIN avait déjà souligné pour sa part le nombre peu important de métastases qu'il avait pu dénombrer de 14 autopsies pratiquées sur un total de 174 malades porteurs de cancers multiples des U.A.D.S.

Mais, dans le cas présent, soulignons encore le fait que le faible nombre de cas interdit toute conclusion valable.

oOo

J - Causes des décès

Sur les 16 cas, 2 malades sont encore en vie, avec un recul de 7 ans et de 6 ans, en bon état. Restent donc 14

décès que l'on peut ainsi classer :

° 8 d'extension tumorale évidente d'une de leur localisation

° 1 de récidive tumorale (de la C.I.M. et ganglionnaire)

° 4 sans précision.

L'analyse de ces causes (et en l'absence de précisions d'autopsie) semble donc bien confirmer la particularité que possèdent les cancers multiples d'évoluer dans un cadre loco-régional.

oOo

K - Durée de survie après la première localisation

Si l'on envisage très globalement chez les 16 cas de cancers multiples, le problème de la survie à 3 ans après leur première manifestation cancéreuse, l'on constate, comme le montre le tableau n° 30 un taux de survie assez conséquent.

Sur 16 cas, il existe en effet à 3 ans, 6 survies. Ce simple chiffre joint à la fréquence relative des cancers multiples des V.A.D.S., justifie très largement l'attitude thérapeutique invitant à toujours traiter, dans les limites habituelles permises par les diverses localisations, les manifestations simultanées et successives des cancers multiples.

TABLEAU N° 30

D.C.D. 1 an	D.C.D. 2 ans	D.C.D. 2 et 3 ans	ENTRE 3 et 5 ans	EN VIE A 3 ans
3	4	3	3	3
3 décès par extension locale dont 1 avec métastases	2 décès par extension tumorale. 2 sans précision	2 d'extension tumorale 1 sans précision	2 décès par extension tumorale 1 sans précision	2 antérieurs à 7 et 6 ans 1 décédé à 12 ans

- CONCLUSIONS -

De cette étude des cancers associés à un cancer de la C.I.M. l'on peut tirer les quelques conclusions suivantes :

1) - la fréquence d'association d'un cancer de la C.I.M. à une autre localisation néoplasique, particulièrement au niveau de la sphère O.R.L. est très importante : 19 %, soit un chiffre sensiblement égal aux chiffres trouvés pour les cancers de la cavité buccale.

2) - Cette fréquence même souligne assez l'absolue nécessité d'un examen O.R.L. complet et d'une radiographie de l'oesophage et du thorax, à la recherche d'une éventuelle deuxième localisation néoplasique, devant tout cancer de la cavité buccale et tout particulièrement de la C.I.M.

3) - Sans vouloir tirer des conclusions pathogéniques formelles, l'impression générale semble arguer en faveur d'une multifocalité de la maladie cancéreuse, plus que pour la métastase ou la greffe par transplantation mécanique.

4) - Enfin, l'étude globale des causes de décès et en l'absence d'autopsies systématiques, semble témoigner d'un génie évolutif essentiellement loco régional, propre à ces cancers multiples des voies aéro-digestives supérieures.

oOo

- CONCLUSIONS GENERALES -

Aux termes de cette étude portant sur 85 cas d'épithélioma de la commissure inter maxillaire examinés à l'Institut Gustave Roussy, de 1960 à 1968, il semble que l'on puisse avancer les conclusions suivantes :

I) - L'Epithélioma de la commissure inter maxillaire est d'une relative rareté.

Le dénombrement que nous venons d'effecteur permet de le placer AU CINQUIEME RANG DES CANCERS DE LA CAVITE BUCCALE. Sur un nombre total de 1 466 malades suivis à l'I.G.R. pour un épithélioma de la cavité buccale, de 1960 à 1968, l'on peut admettre que 4,7 % d'entre eux étaient porteurs d'un épithélioma isolé de la C.I.M.

Rapporté au total de malades porteurs d'épithélioma V.A.D.S. examinés à l'I.G.R. durant cette période, soit 4 966, ce même pourcentage est de 1,7 %.

Rapporté au total des cancers des V.A.D.S., soit 5 307, ce bilan permet de fixer à 1,6 % le pourcentage d'épithélioma de la C.I.M. durant cette période.

II) - Situé en une zone "charnière" entre vestibule buccal et cavité buccale, le cancer de la commissure inter maxillaire est d'une GRAVITE TOUTE PARTICULIERE, gravité qui peut se résumer dans les quelques points suivants :

a) - Au premier examen

° 75 % des malades peuvent être classés T_3 - T_4

° 60 % présentent des adénopathies palpables

° 25 % sont porteurs d'adénopathies fixées au plan musculaire profond.

b) - Le bilan global de survie de la totalité des cancers isolés de la C.I.M. examinés à l'Institut à un moment quelconque de leur évolution est SEVERE.

° Le pourcentage de survie à 3 ans est de 22 %.

° Il chute à 7 % à 5 ans.

c) - Le bilan de survie des seuls cas de cancer isolé de la C.I.M. ayant reçu à l'Institut un traitement complet à visée curatrice donne des chiffres sensiblement différents :

° Le pourcentage de survie à 3 ans est relativement appréciable, puisqu'il atteint 32 % de survie.

° mais il chute brutalement à 5 ans, n'atteignant que 12 %.

d) - La chute du pourcentage de survie entre 3 et 5 ans n'est guère habituelle pour un épithélioma des V.A.D.S. Cette chute n'a cependant pu être explicitée par l'étude des dossiers, en raison du manque d'information concernant le mode de décès des malades intéressés.

e) - La gravité toute particulière de cette localisation semble bien en rapport d'une part avec l'importance de l'extension tumorale et ganglionnaire constatée au premier examen, et d'autre part avec la fréquence des récidives locales (ou de la reprise d'une évolution locale).

- l'importance pronostique de l'extension tumorale et ganglionnaire constatée au premier examen, est manifeste. Etudiée sur le groupe de malades ayant reçu un traitement complet à visée curatrice, les chiffres de survie donnent

en effet les taux suivants :

A 3 ANS

° 72 % de survie pour les T_1 - T_2 contre 17 % pour les T_3 - T_4

° 44 % de survie pour les N_0 contre 0 % pour les N_3 (m)

A 5 ANS

° 37 % de survie pour les T_1 - T_2 contre 4 % pour les T_3 - T_4

° 20 % de survie pour les N_0 contre 5 % pour les N palpables.

- La fréquence et la gravité des récidives locales semblent constituer un facteur pronostic également très important.

Leur survenue précoce, leur fréquente inaccessibilité thérapeutique, en font la grande cause des échecs thérapeutiques, et ce quelqu'ait été le traitement appliqué.

Envisagées globalement en fonction de la classification T.N.M. on peut en effet admettre qu'elles surviennent :

° plus d'une fois sur 3 sur les T_3 - T_4

° plus d'une fois sur 4 chez les T_1 - T_2

Il semble possible de proposer une explication de la fréquence des récidives locales. Cette explication est essentiellement d'ordre anatomique.

° Structures anatomiques comlexes et disparates (os, aponévrose, muscle) dans lesquelles il est difficile de délivrer des doses de radiationshomogènes.

° importance des muscles permettant des fusées tumorales à distance, mal repérées lors d'un acte chirurgical.

° extrême mobilité de cette région sans cesse mobilisée par la mastication, la déglutition, la parole, etc ...

f) - Enfin, cette gravité semble, à un moindre degré, lié à l'envahissement ganglionnaire

° 2/3 des adénopathies cliniquement palpables sont histologiquement envahies

° les récidives ganglionnaires représentent, après les récidives locales, la deuxième grande cause d'échec thérapeutique.

III - Le cancer de la commissure inter maxillaire s'individualise encore par deux éléments particuliers de son "histoire naturelle".

° La fréquence des cancers multiples associés des V.A.D.S.

° la rareté des métastases.

- Sur les 85 cas d'épithélioma de la C.I.M. dénombrés, 16 d'entre eux, soit 19 %, se sont trouvés associés à d'autres localisations néoplasiques simultanées ou successives siégeant dans les V.A.D.S. Un tel pourcentage est nettement plus élevé que le pourcentage habituellement admis pour les cancers multiples des V.A.D.S. (4 à 10 %).

En d'autres termes, la possibilité de voir survenir dans 19 % des cas un deuxième cancer dans l'histoire de la C.I.M. assombrit sensiblement le pronostic déjà sévère de cette localisation.

- La rareté des métastases retrouvées dans ce bilan, 4 % semble confirmer le génie évolutif loco-régional très particulier de cette localisation.

IV) - Au terme d'un tel bilan, il reste à envisager certaines CONSIDERATIONS THERAPEUTIQUES susceptibles d'améliorer le pronostic de cette affection.

La diversité des traitements dont nous avons analysé les données et les effets reflète bien la difficulté des indications thérapeutiques. Nous avons vu, par ailleurs, les nombreuses raisons qui ont concouru, dans bien des cas, à ne pas respecter le protocole prévu. Cet eclectisme thérapeutique a néanmoins gêné l'appréciation des résultats puisqu'il obligeait à "pulvériser" en plusieurs groupes le nombre des malades.

Quoi qu'il en soit, l'on peut admettre deux grandes ORIENTATIONS POSSIBLES :

oOo

1) Ou bien LA RADIOTHERAPIE TRANSCUTANEE SEULE

La curiethérapie étant d'un usage délicat, au voisinage du maxillaire inférieur, cette radiothérapie ferait appel soit au Cobalt 60 soit aux électrons du bétatron (dont nous n'avons pas encore l'expérience).

Les justifications d'une telle orientation thérapeutiques peuvent être ainsi résumées :

° Résultats relativement favorables d'un tel traitement dans les cas où il fut décidé.

° Efficacité semble-t-il égale, sinon supérieure, à l'association radio-chirurgicale dont la C.I.M. paraît constituer une mauvaise indication.

° Nombreuses contre-indications, tant générales que locales à un acte chirurgical souvent mutilant dans cette localisation anatomiquement complexe.

a) Vis à vis de la TUMEUR

Les indications d'une radiothérapie de 7 000 à 7 500 Rads semblent pouvoir être les suivantes :

° Les T_1 - T_2 superficiels surtout s'ils ne s'accompagnent pas d'adénopathies palpables (nous en verrons plus loin les raisons).

° Tous les cas relevant des contre-indications chirurgicales liées à l'état général ou à une extension locale trop importante.

b) Vis à vis des AIRES GANGLIONNAIRES

Il serait possible de proposer :

° pour les N_0 : les radiations à 5 500 Rads (le traitement allant de paire avec l'irradiation de la zone tumorale). Cette irradiation permet toujours un évidement ganglionnaire en cas de récidive ganglionnaire.

° pour les N_1 - N_2 et N_3 (v) : irradiations à 7 500 Rads et chirurgie des reliquats ganglionnaires (surtout évidements ganglionnaires dans le cas des N_3 (v).

° Pour les N_3 (m) en fonction du volume :

- soit irradiations à 7 500 Rads et éventuellement chirurgie d'exérèse si le reliquat ganglionnaire s'est mobilisé.

- soit irradiations à visées palliatives : 3 000 Rads en 3 semaines ou 2 fois 850 Rads, à deux jours d'intervalle.

oOo

2) - Ou bien la "GRANDE CHIRURGIE D'EXERESE D'EMBLEE" c'est-à-dire une buccopharyngectomie transmaxillaire avec évidement ganglionnaire en monobloc (de nécessité ou systématique) suivie d'une Radio-thérapie post-opératoire aussi bien du lit tumoral que des aires ganglionnaires cervicales.

a) - vis à vis de la TUMEUR

Plaident en faveur de lexérèse chirurgicale les faits suivants :

- malgré le faible nombre de cas présentés ici, il semble bien que ce soit la chirurgie pratiquée d'emblée qui obtienne les meilleure résultats.

- bien que ne constituant pas un argument de sécurité absolu, l'appréciation de la qualité de résection tant per-opératoire qu'histologique est beaucoup plus aisée sans radiothérapie pré-opératoire.

Néanmoins, il est souvent difficile de faire admettre au malade la nécessité d'une intervention majeure pour un $T_1 - T_2$ sans signes fonctionnels importants.

oOo

Les indications de la Chirurgie tumorale peuvent donc être ainsi formulées :

° Toutes les formes ulcéreuses, ou avec atteinte osseuse lorsqu'il n'existe pas, bien entendu de contre-indications générales ou d'extension locale trop importante.

° Les $T_1 - T_2$ avec adénopathies palpables

En effet, la présence de ces adénopathies dont nous avons souligné la valeur pronostique péjorative, justifie pour leur part de proposer une chirurgie d'exérèse tumorale et ganglionnaire en un temps et ce, même pour un $T_1 - T_2$ vis à vis desquels l'on serait tenté de proposer une radiothérapie seule ou une chirurgie mineure.

Il reste que pour les T_1 - T_2 superficiels sans adénopathies palpables, la décision d'une "grande chirurgie d'exérèse d'emblée" demeure délicate.

° Les T_3

En ce cas, la chirurgie sera décidée ou récusée en fonction des caractères de l'extension,

° Enfin, pour les T_4

la chirurgie est pratiquement toujours récusée.

b) - Vis à vis des AIRES GANGLIONNAIRES

Le bilan présenté du traitement ganglionnaire semble largement militer en faveur d'une chirurgie d'exérèse ganglionnaire.

° Pour les N_0

l'évidement ganglionnaire complet de principe semble licite devant l'absence de toute récidive ganglionnaire chez les 5 cas ayant subi un évidement complet alors que l'on dénombrait trois récidives ganglionnaires chez les 13 N_0 irradiés seulement à 4 500 Rads.

° Pour les N_1 - N_2 et N_3 (v)

3 arguments semblent militer en faveur d'un évidement de nécessité suivi de radiothérapie en cas d'envahissement histologique

- l'absence de récidive ganglionnaire chez les dix malades opérés d'évidement complet.

- l'existence d'un envahissement histologique dans 60 % des cas chez les N_1 - N_2.

- le fait, enfin, que l'évidement sous-maxillaire et sous-digastrique est très aisément pratiquable en monobloc avec la chirurgie d'exérèse tumorale (type bucco-pharyngectomie trans-maxillaire),

° Pour les N_3 (m) :

Ces cas ne relèvent pas de la chirurgie mais de l'irradiation (l'existence d'un N_3 m entraînant automatiquement par ailleurs le renoncement à la chirurgie de la tumeur primitive).

oOo

3) - Reste à envisager l'apport de la CHIMIOTHERAPIE INTRA-ARTERIELLE

Sa technique est à présent bien codifiée mais nous manquons de recul pour apprécier son efficacité en matière d'épithélioma de la commissure inter maxillaire dans les quelques cas où nous l'avons utilisée.

Il semble cependant tout à fait raisonnable de la pratiquer systématiquement en dehors bien entendu de contre-indications d'ordre général dans les T_3 - T_4

- soit à titre pré-radiothérapique

- soit en prélude à un acte chirurgical dont elle peut élargir les limites d'opérabilité.

oOo

Ces quelques propositions thérapeutiques présentées au terme de notre bilan n'ont pas la prétention des solutions radicales, mais il est raisonnable d'espérer qu'elles puissent peut-être améliorer le pronostic de ce cancer qui reste un cancer grave.

Vu le Président de Thèse

Prof. P. PIALOUX

Vu le Doyen de la Faculté

Prof. MILLIEZ

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de P A R I S

R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

BARBOSA J.F.

Les cancers de la région rétro-molaire. Etude de 29 cas et exposé d'un nouveau traitement chirurgical.
Arch. of Oto-laryngol. Janvier 1959 - 69 n° I, 19 - 30

BARBOSA J.F.

Un cancer de la région rétro-molaire
Revue Brasil. C.I.R. Mars 1962 - 43 n° 3 ; 194 - 212

CACHIN Y.

Cancer des voies aéro-digestives supérieures à localisations multiples.
Problèmes actuels d'Oto-rhino-laryngologie 1966

CACHIN Y. et GERARD MARCHANT R.

Valeur pronostique de l'envahissement ganglionnaire cervical dans les carcinomes des voies aéro-digestives supérieures.
Travail de l'Institut Gustave Roussy Août 1960

CACHIN Y. et RICHARD J.M.

La chimiothérapie par voies intra-artérielles en cancérologie cervico-faciale.
Problèmes actuels d'Oto-rhino-laryngologie 1967

CACHIN Y. et VANDENBROUCK C.

Les Ostéoradionécroses Mandibulaires
Problèmes actuels d'Oto-rhino-laryngologie 1969

CARPENTIER A.

Exposés et schémas d'anatomie.

DARGENT M. et CHARACHON R.

La glosso pharyngectomie latérale évolution des techniques et des tactiques indications actuelles.
Annale de Chirurgie 15 et 16 - Août 1963

LEROUX ROBERT J.

La curieponcture des épithéliomas de la face interne de la joue et de la région rétro-molaire.
Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris - 20 Avril 1964

LEROUX ROBERT J. et LEGENT F.

Tumeur maligne de la face interne de la joue et de la région rétro-molaire.
E.M.C. 20 627 C 10 Avril 1964

MORAND R.

Cancer de la commissure inter-maxillaire. Etude anatomo-clinique et thérapeutique.
Thèse Faculté de Médecine de Paris 1966

RICHARD J.M.

La chirurgie mandibulaire et transmandibulaire des tumeurs de la cavité bucco-pharyngée.
Travail de l'Institut Gustave Roussy, Novembre 1970

RICHARDS G.E. et HASH C.L.

Radiation thérapy of carcinoma of the buccal mucosa in uumos of the head and neck
Pack et Ariel - HOEBER éditeur - New York.

ROUVIERE

Traité d'anatomie - Anatomie des lymphatiques.

oOo

LEROUX ROBERT J.

La curiepuncture des épithéliomas de la face interne
de la joue et de la région rétro-molaire.
Société de laryngologie des Hôpitaux de Paris -
20 Avril 1956

LEROUX ROBERT J. et LEGENT F.

Tumeur maligne de la face interne de la joue et
de la région rétro-molaire.
R.M.O. 20 652 C 10 Avril 1956

MORAND R.

Cancer de la commissure inter-maxillaire. Etude
anatomo-clinique et thérapeutique.
Thèse Faculté de Médecine de Paris 1956

RICHARD J.M.

La chirurgie mandibulaire et transmandibulaire des
tumeurs de la cavité bucco-pharyngée.
Travail de l'Institut Curie-Leva Roussy, Novembre 1970

RICHARDS G.E. et NASH C.L.

Radiation therapy of carcinoma of the buccal mucosa
in women of the head and neck
Prok et Artol - KORGER éditeur - New York.

ROUVIERE

Traité d'anatomie - Anatomie des lymphatiques.

ooo